



HAL
open science

Jardin et soin : expérience d'un atelier terrasse thérapeutique auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Ophélie Le Carour

► **To cite this version:**

Ophélie Le Carour. Jardin et soin : expérience d'un atelier terrasse thérapeutique auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01484436

HAL Id: dumas-01484436

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01484436>

Submitted on 7 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

LE CAROUR Ophélie
Née le 05 septembre 1988 à Lorient

JARDIN ET SOIN :

*Expérience d'un atelier terrasse thérapeutique
auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer*

Directeur de Mémoire : **LAFONT Valérie,**

Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **FILLEAU Christelle,**

Neuropsychologue

Nice

2016

MEMOIRE présenté pour l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

LE CAROUR Ophélie
Né le 05 septembre 1988 à Lorient

JARDIN ET SOIN :

*Expérience d’un atelier terrasse thérapeutique
auprès de patients atteints de la maladie d’Alzheimer*

Directeur de Mémoire : **LAFONT Valérie**, orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **FILLEAU Christelle**, neuropsychologue

Membres du jury : **DECAMPS Virginie**, orthophoniste

BEAULIEU Laetitia, orthophoniste

PUCINI Martine, orthophoniste

ESKINAZY Karine, orthophoniste

FEL Clémence, orthophoniste

MARSHALL Chloé, orthophoniste

Nice

2016

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier chaleureusement Valérie Lafont et Christelle Filleau, directrice et co-directrice de mon mémoire.

Merci pour m'avoir proposé ce sujet, merci pour la qualité de vos conseils, merci pour m'avoir accompagnée, soutenue, aidée, encouragée dans la réalisation de ce mémoire.

Mille fois merci.

Merci aux patients et à leurs familles pour leur participation.

Vous m'avez tant appris.

Merci à toute l'équipe du Centre Mémoire de Ressources et Recherche de Nice pour m'avoir chaleureusement accueillie et pour m'avoir aidée dans ma démarche.

Je tiens à remercier Virginie Decamps pour l'intérêt porté à mon mémoire, pour avoir accepté d'en être le rapporteur.

Je la remercie également pour son rôle en tant que maître de stage, pour ses conseils, pour sa bienveillance et sa gentillesse.

Je remercie également Mme Puccini-Emportes, qui, par son enseignement empli d'humanité et de passion, m'a donné envie de réaliser mon mémoire auprès de ces patients.

Je remercie toutes les orthophonistes qui m'ont accueillie en stage cette année : Coralie Brosse, Marie-Cécile Vermeersch, Cécile Boissier, Elisabeth Missonier.

Merci à mes amis, d'ici et d'ailleurs, pour leur soutien.

Merci à Clémentine pour tous les bons moments partagés durant ces quatre années.

*Nos chemins auraient pu se croiser à l'autre bout du monde...
Finalement ce fût à Nice... J'aime à penser que ça n'était pas le hasard.
Merci d'être la personne que tu es. Merci d'être toujours là pour moi.
Je suis tellement fière de t'avoir pour amie. Merci Loïse.*

*Merci à ma famille, mes parents, mes frères et mes belles-sœurs
pour m'avoir toujours encouragée dans mes choix.*

Merci aussi à ma belle-famille pour leur soutien inconditionnel.

Enfin, un dernier remerciement mais pas le moindre.

*Merci à Guillaume pour avoir toujours cru en moi et pour m'avoir
supportée tout au long de ces études, dans les deux sens du terme...
Bravo pour ton propre parcours à Nice, je suis fière de toi.*

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
Introduction	3
ASSISES THEORIQUES	5
Chapitre I : Maladie d’Alzheimer et prise en soins	5
I. La maladie d’Alzheimer	6
1. Historique	6
2. Définition de la Maladie d’Alzheimer selon Bruno Dubois.....	6
3. Neuropathologie	7
4. Sémiologie clinique.....	8
5. Le diagnostic	12
II. La prise en soins.....	14
1. Les soins médicamenteux.....	14
2. Les soins non médicamenteux.....	16
3. Réflexion éthique et prise en soins dans la maladie d’Alzheimer.....	21
Chapitre II : Soins et jardin	24
I. L’Homme et le jardin	25
1. Un lien ancien, sacré, ancré.....	25
2. Quand le jardin devient outil de soins.....	25
II. Jardin thérapeutique et Maladie d’Alzheimer.....	29
1. Recommandations et critères	29
2. Des intérêts multiples, une utilisation plurielle.....	31
3. Difficultés et limites	32
4. Evaluation.....	33
III. Rapport de la fondation Médéric Alzheimer	34
1. Multiplicité des jardins, multiplicité des objectifs	34
2. Conclusion du rapport	37
PARTIE EXPERIMENTALE.....	38
I. Hypothèses de travail.....	39
II. Atelier estival	39
1. Protocole de recherche	39
2. Analyse de la communication à l’aide de la GECCO	45
III. Atelier automnal.....	50
1. Protocole de recherche	50
2. Analyse de la communication à l’aide de la GECCO	57
IV. Discussion	61

Conclusion	68
Bibliographie	70
ANNEXES.....	73
Annexe I : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication des patients atteints de DTA. T. ROUSSEAU	74
1. Méthode d'analyse des actes de langage	75
2. Méthode des analyses des actes non verbaux.....	77
3. Méthode d'analyse de l'adéquation/ inadéquation.....	78
Annexe II : Descriptif d'une séance	79
Séance N°1 : Le 23 juin 2015, le thym.....	79
Table des Illustrations.....	82

INTRODUCTION

Le jardin : un petit bout de nature que l'Homme essaie de dompter mais qui toujours le surprend, le déstabilise, l'émerveille. Lorsque nous jardinons, nous prenons soin du jardin... Et inversement : le jardin prend soin de nous. Le simple fait de voir ou de flâner dans un jardin nous fait du bien.

S'il est déjà source d'équilibre pour tous, il l'est a fortiori pour des personnes en souffrance mentale, physique. L'Homme a compris la nécessité de pourvoir ses hôpitaux de jardins. Le jardin à but thérapeutique est un espace extérieur, intégré à un établissement hospitalier ou para hospitalier.

Les bienfaits sur la qualité de vie, le bien-être, la santé, expérimentés à travers la jouissance de ces jardins sont particulièrement reconnus dans certains pays (Grande-Bretagne, Etats-Unis, Canada, Suisse, Japon), mais utiliser le jardin comme approche thérapeutique est une pratique encore émergente en France.

De nombreux établissements disposent d'espaces extérieurs encore trop peu exploités ; le manque d'évaluation d'objectifs scientifiquement mesurés est un frein à l'expansion de cette thérapeutique.

L'Institut Claude Pompidou à Nice offre l'accès, sur une unité de lieu, à l'ensemble des modalités de prise en charge de la maladie d'Alzheimer, depuis le diagnostic précoce jusqu'à la prise en charge au long cours. Il regroupe un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), un accueil de jour, un Centre Mémoire de Ressources et Recherche (CMRR) ainsi qu'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) et a été inauguré récemment, en mars 2014.

Cet espace bénéficie alors d'une grande terrasse de 600m² dotée de grands bacs pourvus de plantes aromatiques. Un an après son inauguration, elle n'était cependant pas encore utilisée dans le cadre d'une activité thérapeutique ; c'est alors que l'idée de l'employer et de l'évaluer dans le cadre d'un mémoire en orthophonie est apparue.

L'orthophoniste intervient dans le domaine de la prise en soins non médicamenteuse et a pour but le maintien et l'adaptation des habiletés de communication chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Différents facteurs interviennent sur les troubles de la communication de ces patients : cognitifs, linguistiques, psychiques, environnementaux.

Partant de l'idée que jardin est un environnement reconnu pour ses vertus apaisantes et ses effets positifs sur le comportement, l'autonomie, le bien être, nous nous sommes alors demandée quel pourrait être l'impact du jardin, comme support thérapeutique, auprès de personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer, dans le cadre d'une prise en soin de la communication.

L'objectif principal est de réaliser une analyse de l'évolution des habiletés de communication au fil des séances : un atelier jardin peut-il entraîner une augmentation des actes de communication ? Nous souhaitons également recueillir des données

objectives sur le comportement physique de nos patients : un atelier jardin peut-il influencer sur l'activité physique des participants ?

Nous ferons tout d'abord une présentation de la maladie d'Alzheimer et de ses spécificités ; nous exposerons les prises en soins actuellement proposées, nous évoquerons les difficultés rencontrées lors de l'évaluation de ces thérapies puis nous proposerons une réflexion éthique concernant la prise en soins de cette population.

Ensuite, une partie sera consacrée à l'étude du jardin comme outil de soin. Après avoir présenté le lien qui unit l'Homme au jardin, nous montrerons comment le jardin a pris une part de plus en plus importante dans le domaine du soin. Puis, nous aborderons les objectifs, intérêts, limites des jardins thérapeutiques comme solution non médicamenteuse face à la maladie d'Alzheimer. Le rapport de la fondation Médéric Alzheimer nous permettra d'effectuer un tour d'horizon des jardins thérapeutiques existants actuellement en France.

Après avoir exposé l'expérience menée, ainsi que nos observations et analyses dans une partie pratique, nous discuterons de la pertinence du support-jardin dans le cadre d'une prise en soin des troubles de la communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'étude de nos observations et analyses nous permettra également de mettre en avant les difficultés relatives à la mise en œuvre et à l'évaluation de telles prises en soin.

ASSISES THEORIQUES

Chapitre I

MALADIE D'ALZHEIMER

ET PRISE EN SOINS

I. La maladie d'Alzheimer

1. Historique

En 1907, Aloïs ALZHEIMER, psychiatre et anatomo-pathologiste allemand, publie l'étude anatomo-clinique d'une patiente âgée de 51 ans. Cette femme, Auguste D., présente un grand tableau démentiel avec une désorientation, des hallucinations, des troubles majeurs de la mémoire, des comportements incohérents et imprévisibles qui aboutit à une désintégration des fonctions cognitives. Elle décèdera après une évolution progressive de la maladie de 4 ans et 6 mois (Thomas, Pesce, & Cassuto, 1989).

L'étude histologique post-mortem révèle l'existence de congglomérats intra-neuronaux de fibres anormales, qu'Alzheimer nomme « dégénérescences neuro-fibrillaires » et qui coexistent avec des plaques séniles.

En 1910, Kraepelin, dans son influent Traité de Psychiatrie, individualisera la Maladie d'Alzheimer comme une démence rare, présénile (apparition avant 65 ans) et dégénérative ; il lui donne le nom de son élève, Aloïs Alzheimer. Le terme de « démence sénile » reste alors exclusivement réservé à des démences supposées d'origine vasculaire.

A la fin des années 70, avec les travaux de TERRY, le terme de « démence sénile de type Alzheimer » apparaît. Il regroupe la forme présénile et la forme dégénérative sénile en une seule et même entité.

Les années 2000 sont marquées par des progrès techniques majeurs. Il est désormais possible de voir les plaques séniles en imagerie et d'étudier la biologie du liquide céphalo-rachidien.

En 2004, le terme de « Maladie d'Alzheimer prodromale » émerge en France grâce aux travaux de Bruno Dubois. Une nouvelle définition européenne de la maladie prend forme.

2. Définition de la Maladie d'Alzheimer selon Bruno Dubois

Longtemps considérée seulement comme une démence, la maladie d'Alzheimer est envisagée sous un éclairage nouveau.

Grâce à l'apparition de biomarqueurs, encore en cours de validation, « toute référence au seuil de démence devient inutile puisque le biomarqueur identifie la maladie quel que soit son stade de sévérité » (Dubois, 2012).

De nouveaux critères, issus des travaux de Dubois & Al (2010), émergent, à destination des chercheurs et des cliniciens.

La Maladie d'Alzheimer dite *prodromale* est une phase clinique pré-démentielle. Le patient présente des symptômes cliniques, incluant une atteinte de la mémoire de type hippocampique, mais n'entraînant pas d'altération des activités de la vie quotidienne.

La Maladie d'Alzheimer dite démentielle est caractérisée par un retentissement fonctionnel des troubles. La démence est définie par une véritable perte d'autonomie cognitive et d'adaptation du comportement, suffisamment sévères pour affecter tous les aspects de la vie quotidienne du patient : vie professionnelle, familiale, sociale (Vellas & Robert, 2013). Cette phase n'est que la finalité du processus pathogène.

La Maladie d'Alzheimer dite préclinique, caractériserait des patients qui présentent des lésions caractéristiques de la maladie, sans les symptômes. Cependant ce terme n'est pas retenu pour des raisons éthiques, puisqu'il n'est pas encore possible de prédire quels sont les patients porteurs des lésions qui développeront la maladie.

3. Neuropathologie

La maladie est sporadique pour 99% des patients, on parle de prédisposition génétique : elle est d'apparition tardive et d'évolution lente. La forme familiale, liée au déterminisme génétique, ne concerne que 1% des cas, elle est d'apparition plus précoce et d'évolution plus rapide.

Dans les deux formes, les lésions, que nous présentons ici, sont qualitativement similaires.

La maladie d'Alzheimer est caractérisée par deux lésions élémentaires :

- Les dégénérescences neurofibrillaires, qui sont des lésions intracellulaires. Il s'agit d'un dépôt de protéine Tau anormale, qui n'effectue pas son travail d'agrégation, empêchant le fonctionnement correct de la cellule et entraînant sa mort.
- Les dépôts amyloïdes, qui sont des lésions extracellulaires. L'Amyloïde Precursor Protéine (APP) se dégrade : des morceaux insolubles se détachent et se déposent dans le milieu extracellulaire en une plaque. Ce sont les plaques séniles (Lebon & Duyckaerts, 2014).

La Maladie d'Alzheimer est une pathologie dégénérative corticale d'évolution démentielle.

Les dépôts amyloïdes vont envahir l'ensemble du cortex associatif de façon non systématisée tandis que les dégénérescences neurofibrillaires vont progresser de manière presque immuable, de proche en proche.

Les signes cliniques de la maladie sont l'expression des lésions des zones atteintes par les dégénérescences neurofibrillaires (qui touchent d'abord la région temporale interne, le sous-hippocampe et l'hippocampe, zones liées à la mémoire épisodique).

De l'importance quantitative de la multiplication des dépôts amyloïdes dépendra la vitesse d'envahissement du cortex par les dégénérescences neurofibrillaires et donc l'âge d'apparition de la maladie.

4. Sémiologie clinique

Si nous constatons une prééminence classique et habituelle, mais inconstante, des troubles mnésiques, il convient de souligner la notion de progressivité des troubles et la forte hétérogénéité clinique interindividuelle : la sémiologie varie d'un individu à l'autre, et pour un même individu au cours du temps.

4.1. La mémoire

Dans la maladie d'Alzheimer, la plainte mnésique peut être exprimée par le sujet ou formulée par son entourage. Les oublis, au début isolés, deviennent de plus en plus fréquents et réduisent l'autonomie du patient. Ils peuvent engendrer une désorientation temporo-spatiale car le patient oublie la date, l'heure, le plan de son quartier, le nom de sa rue... Ces oublis expliquent la difficulté d'effectuer des apprentissages nouveaux.

La mémoire épisodique (*événements personnels, vécu, contexte et souvent composante émotionnelle*) est prioritairement touchée ; le patient oublie surtout les faits récents, les souvenirs anciens restent accessibles plus longtemps.

La mémoire de travail (*maintien temporaire et manipulation d'informations nécessaires à la réalisation de tâches cognitives*) est également affectée, justifiant les problèmes des patients dans la vie quotidienne.

La mémoire sémantique (*mémoire des faits généraux, du monde, des idées, des concepts*) sera progressivement atteinte, entraînant une disparition lente du stock lexico-sémantique se traduisant notamment par une perte du mot juste.

La mémoire procédurale (*tâches acquises par apprentissage*) est épargnée plus longtemps. Elle conserve les informations qui se manifestent directement dans l'action et qui ne sont pas accessibles à la conscience ; la personne peut donc acquérir de l'information sous formes de procédures liées à l'action. Quand ce module sera touché, cela pourra s'illustrer par des difficultés à réaliser des gestes, des troubles du schéma corporel, des apraxies.

4.2. Le langage

Il est touché sur le plan quantitatif et qualitatif, comme le décrit Thierry Rousseau (*Les approches thérapeutiques en orthophonie. Tome 4 : Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique, 2008*).

Au stade initial, ce sont surtout les aptitudes lexicales et sémantiques qui sont atteintes. Un manque du mot est relevé, souvent compensé dans la conversation par des périphrases et des circonlocutions. Des difficultés de compréhension peuvent apparaître, mais elles restent minimes.

Peu à peu, des paraphrasies sémantiques (mot du lexique ayant un lien sémantique avec le mot cible) apparaissent, « *poire* » pour « *cerise* », les difficultés de compréhension se majorent ; la personne effectue des digressions de plus en plus fréquentes.

Au stade modéré, la fluence verbale sémantique s'effondre, parfois à cause d'une incapacité à accéder au stock lexical (manque du mot), parfois à cause d'un défaut du stock lexico-sémantique (anomie). Par conséquent, le langage est appauvri et moins informatif.

Le sujet, ayant des difficultés à trouver ses mots, multiplie les paraphrasies sémantiques, utilise des mots-valises (*truc, bidule...*) ou le nom d'une catégorie (*aliment pour chocolat*). Les persévérations sont souvent nombreuses.

Les capacités syntaxiques demeurent supérieures aux capacités lexico-sémantiques mais élaborer une phrase devient fastidieux : le débit est ralenti.

Les capacités discursives et pragmatiques sont perturbées, des troubles de la cohérence du discours sont relevés.

Dans ce contexte, il devient difficile pour la personne d'exprimer des besoins quotidiens, sociaux, émotionnels.

Le langage écrit est souvent perturbé. Au début, le patient éprouve plus de difficultés à lire les mots irréguliers (oignon) et les mots peu fréquents. Pour écrire un mot, le patient privilégiera, au départ, le respect du son face à l'orthographe, puis les mots deviendront plus difficiles à déchiffrer.

Par la suite, les troubles de la compréhension vont s'accroître : des mots n'ont plus de sens, provoquant une sensation de langue étrangère chez le patient. Il est parfois difficile d'estimer ce que le patient a compris à cause de son trouble expressif.

Au fur et à mesure, l'articulation est perturbée, le vocabulaire massivement réduit, des phrases automatisées sont utilisées pour exprimer des besoins, les réponses oui/non deviennent incertaines et des éléments de jargon apparaissent.

Au stade sévère, les fonctions verbales sur les deux versants sont abolies.

Le patient peut adopter un discours écholalique (répétition d'un mot), pallilalique (répétition d'une syllabe) ou encore un discours jargoné. Finalement, le mutisme tend à s'installer. La communication non-verbale est alors une clé importante pour accéder à ce que ressent, exprime, désire le patient.

4.3. La communication

Au-delà du déficit de langage, les patients présentent un véritable trouble de la communication. Celle-ci connaît des modifications quantitatives et qualitatives.

Les actes de communication sont :

- De moins en moins nombreux

- De moins en moins adéquats
- De plus en plus non verbaux
- Simplifiés, tant dans la syntaxe que dans la thématique, et automatisés

Différents facteurs influent sur ce trouble :

- Le degré d'atteinte cognitive
- Les facteurs individuels et psycho-sociaux : âge, niveau socio-culturel, lieu de vie...
- Les facteurs linguistiques
- Les facteurs contextuels, en particulier le thème de discussion et le type d'actes produits par l'interlocuteur (Rousseau, 2008)

Ces facteurs sont très importants à relever pour pouvoir faciliter par la suite la communication avec l'individu.

Thierry Rousseau (Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication, 2011) précise qu'« un thème investi sur le plan affectif tend [...] à atténuer les difficultés de communication des déments légers et modérés ». De plus, les patients à un stade modéré de la maladie tireraient systématiquement bénéfice de la présence de supports visuels pour stimuler leurs capacités communicatives.

La personne parasitée par des troubles de la communication perd l'initiative de la prise de parole : il est essentiel de la solliciter.

4.4. Les praxies

Des apraxies peuvent être observées, au cours de l'évolution de la maladie ; il s'agit d'une impossibilité à réaliser des gestes ou à manipuler des objets, due à une atteinte cérébrale.

Le patient peut présenter des difficultés pour s'habiller, pour manipuler correctement un objet (*apraxie idéatoire*), pour réaliser un geste symbolique (*apraxie idéomotrice*) ou pour reproduire un schéma (*apraxie constructive*).

Au stade sévère de la maladie, une apraxie bucco-linguo-faciale peut se manifester et entraîner des troubles de la déglutition.

4.5. Lesgnosies

L'agnosie désigne une impossibilité à reconnaître un objet, un son, une odeur, une substance... alors que la capacité sensorielle est préservée. Ces troubles, visuels, tactiles, olfactifs, gustatifs ou encore auditifs, apparaissent de manière variable au fil de la maladie.

Chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, une agnosie des visages (*prosopagnosie*) est souvent observée. Elle induit une grande souffrance pour les proches du malade qui ne sont plus reconnus. Parfois le patient ne se reconnaît plus lui-même, dans le miroir, ou sur des photographies.

Quand le patient n'a pas conscience de son état, de ses troubles, de la perte d'une capacité, on parle d'*anosognosie*.

4.6. Les fonctions exécutives

Elles regroupent l'ensemble des processus cognitifs activés lorsqu'un sujet fait face à une situation nouvelle et doit s'adapter à cette situation. Dans la maladie d'Alzheimer, des difficultés peuvent toucher l'organisation, la planification, l'attention, l'initiation verbale et motrice, les capacités d'inhibition, la flexibilité mentale, le contrôle, etc.

Au quotidien, l'individu éprouve des difficultés à résoudre des problèmes, plus ou moins complexes (réaliser une séquence dans le bon ordre ou effectuer deux actions en même temps par exemple), qui auront des répercussions sur son adaptation sociale, professionnelle et fonctionnelle.

4.7. Le comportement

La maladie d'Alzheimer est une pathologie qui ne se cantonne pas à des aspects cognitifs : des troubles complexes des affects et des comportements sont relevés, souvent dès le début de la maladie.

Les manifestations psychoaffectives qui touchent ces personnes sont regroupées, d'après Derouesne (Manifestations psychologiques et comportementales dans la maladie d'Alzheimer, 2006), sous les termes d'apathie, de dépression, d'anxiété et de perturbations émotionnelles.

L'apathie, fréquente chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, est un manque de motivation lié aux domaines suivants :

- Baisse de l'initiation motrice dirigée vers un but (manque d'effort)
- Diminution de l'initiation cognitive (manque d'intérêt)
- Émoussement affectif.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut également être en proie à l'agressivité et à des troubles du comportement moteur : agitation, déambulation, compulsions et stéréotypies.

Des troubles d'allure psychotique se manifestent quelquefois : idées délirantes, hallucinations

Les conduites élémentaires (sommeil, alimentation, sexualité) peuvent aussi être perturbées.

Toutes ces manifestations, source de grande souffrance pour le patient et son entourage, sont souvent à l'origine de l'entrée en institution (Derouesne, 2006).

5. Le diagnostic

Un diagnostic de certitude ne peut être posé que sur la base d'une concordance entre données neuropathologiques et données cliniques.

L'enjeu actuel est de diagnostiquer la maladie lors de la phase pré-démontielle, afin de pouvoir agir le plus tôt et le plus efficacement possible sur les symptômes.

Nous allons développer ci-dessous les éléments essentiels explorés lors de l'examen d'un patient adressé dans le cadre d'une consultation mémoire (Vellas & Robert, 2013).

5.1. Une approche clinique

Le recueil de données concernant le patient, mais aussi son entourage, est une étape primordiale. Une anamnèse détaillée visera à mieux connaître l'histoire personnelle du patient, l'histoire de ses troubles et les conséquences qui en découlent. La présence d'un aidant familial est très appréciée pour compléter, mettre en perspective, confirmer ou infirmer le récit du patient, parfois anosognosique.

Lors de la consultation, l'observation, sans jugement, des comportements et des rapports soignant-patient-aidant, participe à la prise d'indices.

Des échelles de comportement peuvent être proposées afin d'apprécier, de manière plus objective, le retentissement des troubles cognitifs et comportementaux sur la vie quotidienne du patient et de son entourage.

5.2. Une approche neuropsychologique

Des tests standardisés et normés permettent d'explorer les principales fonctions cognitives : mémoire, langage, attention... Ils sont réalisés dès la première consultation, en prenant en compte des facteurs extérieurs tel que le stress, l'anxiété, la fatigabilité au moment de la passation. Ils permettent de quantifier et d'analyser les déficits cognitifs.

Le niveau global d'altération cognitive est généralement évalué à partir du Mini-Mental State Examination of Folstein (MMSE, Folstein et Al., 1975). Les items testés sont l'orientation temporo-spatiale, l'attention, le calcul, le langage, l'apprentissage avec rappel et les praxies constructives. Le score obtenu permet de situer le patient à un moment donné et de suivre son évolution :

- 24/30 est le score à partir duquel on estime avoir une pathologie cognitive avérée (score à manipuler avec précaution)
- Une maladie d'Alzheimer légère se caractérise par un score entre 20 et 26
- Un stade modéré correspond à un score entre 15 et 19
- Un stade modérément sévère est représenté par un score entre 10 et 14
- Une maladie d'Alzheimer au stade sévère est marquée par un score en-deçà de 10

- **L'exploration des fonctions instrumentales :**

La mémoire, souvent plainte première du patient et/ou de l'entourage, peut être évaluée à partir de différents tests. Afin de rechercher un trouble du stockage et de la consolidation une non sensibilité à l'indigage et une difficulté d'organisation de l'encodage, deux marqueurs caractéristiques de l'atteinte hippocampique retrouvée dans la maladie, on utilise des tests de rappel de liste de mots : le Grobber et Buschke 16 items, les cinq mots de Dubois.

Le langage est exploré à partir de tests de dénomination (DO80), de fluence (catégorielle et lexicale), de description d'image et de tests d'écriture sous dictée. Le versant de la compréhension peut être évalué grâce au Pyramid et Palm Tree Test (Howard et Patterson, 1992) ou grâce à des épreuves de désignation d'images, d'histoires absurdes.

- **L'exploration des fonctions exécutives :**

Elle s'effectue à l'aide de tests tels que, à titre d'exemples : le Stroop (Stroop, 1935), le Trail Making Test (Army Individual Test Battery, 1944), la BREF (Batterie d'Evaluation Rapide Frontale, Dubois, 1997), le Wisconsin, etc.

- **D'autres domaines explorés :**

- les praxies : test de l'horloge (Sunderland, 1989), TLA (Test Lillois d'Apraxie Gestuelle, Anicet et coll., 2007), le test de copie de la Figure de Rey (Rey, 1959)
- les gnosies : PEGV (Protocole d'Evaluation des Gnosies Visuelles, Agniel et coll., 1993), PEGA (Protocole d'Evaluation des Gnosies Auditives, Agniel et coll., 1993)

5.3. Une approche via les biomarqueurs

Les biomarqueurs ont une place de plus en plus importante au sein du processus de diagnostic. Cependant, il existe des obstacles à leur utilisation : le coût, la disponibilité réduite et l'absence de standardisation des méthodes à l'heure actuelle.

Notons que dans le cas de suspicion de maladie d'Alzheimer familiale, il est possible de recourir à un génotypage, à la recherche de mutation dans les gènes de l'APP de la préséniline 1 et 2.

5.3.1. Neuro-imagerie

A l'aide d'un scanner, ou mieux d'une IRM, le but est :

- D'éliminer une démence secondaire à une tumeur, une hydrocéphalie, un hématome sous-dural...
- D'identifier d'éventuelles anomalies typiques d'autres démences (comme les démences vasculaires) et d'effectuer un diagnostic différentiel si tel est le cas

- De contribuer au diagnostic positif ; dans ce cas, une atrophie diffuse, mais plus importante dans certaines régions cibles, notamment la région temporale interne (cortex entorhinal et transentorhinal), sera observée. (Vellas & Robert, 2013)

Le PET-scan au FDG18 est un examen qui permet d'objectiver, souvent plus précocement que l'IRM, la neurodégénérescence à travers l'hypométabolisme cortical.

Le PET-scan aux marqueurs d'amyloïde est utilisé pour mettre en avant la présence d'amylose.

5.3.2. Marqueurs biologiques

Dans certains cas, une ponction lombaire peut être effectuée. Dans le liquide céphalo-rachidien il est désormais possible de trouver des marqueurs biologiques des lésions pathologiques de la maladie d'Alzheimer. Les principaux dosages utilisés sont :

- Le dosage du taux de peptide amyloïde ABeta 1-42, dont on recherche l'abaissement par rapport à la norme
- Le dosage du taux des protéines tau et phospho-tau, dont on recherche l'accroissement par rapport à la norme (Vellas & Robert, 2013)

L'avancée récente de tous ces biomarqueurs devrait permettre de mieux caractériser la maladie, de la dépister plus tôt et a ainsi changé les enjeux des thérapies, notamment médicamenteuses.

Le diagnostic est le maillon de départ du projet de soin.

II. La prise en soins

La baisse continue de la mortalité et l'augmentation régulière de l'espérance de vie fomentent des projections démographiques inquiétantes, le risque de maladie d'Alzheimer augmentant avec l'âge. En 2012, on recense 850 000 malades en France et 3 millions de personnes concernées. Des estimations annoncent 1 275 000 malades pour 2020, si rien ne change (France Alzheimer, 2013).

La prise en soins de ces patients est donc une question majeure en termes de santé publique et d'éthique.

1. Les soins médicamenteux

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement curatif qui bloquerait le processus. Les traitements proposés visent à agir sur le développement des lésions pour freiner l'évolution de la maladie et diminuer ses effets.

La HAS (Haute Autorité de Santé), en tenant compte de données littéraires et d'avis d'experts, a publié un avis le 19/10/2011 et a estimé que :

« L'intérêt thérapeutique des médicaments de la maladie d'Alzheimer doit être considéré comme faible. Néanmoins, dans le souci de ne pas priver les patients répondeurs (impossible à identifier a priori) d'un éventuel bénéfice clinique à court terme, il reste suffisant pour leur prise en charge par la solidarité nationale. » (Thomas-Antérion, 2016, p. 5)

La reconnaissance d'un stade prodromal de la maladie permet d'orienter une partie de la recherche sur des patients à un stade débutant de la maladie, dans l'espoir d'agir le plus tôt possible sur les lésions (Dubois, 2012).

A l'heure actuelle, le praticien a à sa disposition les deux grandes catégories de médicaments que nous allons exposer ci-dessous.

1.1. Les traitements spécifiques

Lorsque le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé, un traitement est alors envisagé, en tenant compte de la balance bénéfices/risques.

Le patient, ainsi que les aidants, doivent être informés de l'attente raisonnable des effets de la médication et des éventuels effets indésirables.

Les médications proposées sont un inhibiteur de l'acétylcholinestérase ou un antiglutamate.

Au stade très sévère de la maladie, l'arrêt du traitement doit être envisagé au cas par cas, quand l'interaction avec le patient n'est plus évidente.

1.2. Le traitement des troubles du comportement

En cas de troubles psycho-comportementaux importants, avec des symptômes fréquents et/ou sévères entraînant une souffrance du patient et/ou de son entourage, un traitement d'appoint à partir de médicaments psychotropes est envisagé.

Ces médicaments sont prescrits avec prudence pour traiter l'anxiété, l'agitation, l'agressivité, la dépression ou les troubles du sommeil. Ils ne sont utilisés que dans le cas où le patient n'aurait pas répondu favorablement à une première intervention non-médicamenteuse. Des risques d'accoutumance ou d'accidents iatrogéniques existent.

Les principaux médicaments employés face à ses troubles sont des :

- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Antipsychotiques
- Hypnotiques
- Thymorégulateurs

2. Les soins non médicamenteux

Les soins non-médicamenteux proposés dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sont nombreux et variés. Ils sont recommandés par la HAS (Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées., 2011).

Les différentes thérapies utilisées sont choisies en fonction du patient, du contexte, de l'évolution de sa maladie, de ses symptômes, de son entourage, de ses besoins et de ses envies. La notion de plaisir est importante, elle permet d'établir une relation de qualité, base de la thérapie. Les stimulations proposées doivent être répétées et régulières.

Différents lieux peuvent accueillir ces pratiques non médicamenteuses : accueil de jour, halte-relais, consultation mémoire, domicile du patient, cabinet libéral, hôpital.

La prise en soin vise le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible, la préservation des acquis et de la qualité de vie (confort physique, psychique, environnement). Elle se pense dans le respect du patient et s'appuie sur les compétences préservées de l'individu.

Mettre la lumière sur les capacités de la personne plutôt que sur ses incapacités permet l'évolution du regard de l'entourage et ainsi du regard du patient sur lui-même. Ces regards, plus valorisants, vont favoriser l'estime de soi.

L'association France Alzheimer, dans un rapport sur les approches thérapeutiques non médicamenteuses (journée mondiale Alzheimer du 21/09/2011), souligne qu'il faut « s'appuyer sur ce qui a du sens pour la personne malade et mettre ainsi en place des espaces de relation et de plaisir ».

2.1. Un large panel de thérapies

Il est difficile d'établir une liste exhaustive de toutes les propositions non-pharmacologiques qui existent ; nous allons tenter de présenter les principales interventions proposées à ce jour.

2.1.1. Interventions portant sur la cognition

La stimulation cognitive consiste à des mises en situation ou à des stimulations en lien avec la vie quotidienne de la personne, qui visent à ralentir la perte d'autonomie. Par exemple, en groupe, il peut s'agir de production d'écrits de type courrier. En individuel il peut s'agir d'effectuer un trajet dans son quartier ou d'utiliser son téléphone.

Des neuropsychologues, des psychologues, des psychomotriciens, des ergothérapeutes ou des orthophonistes initient la prise en charge qui est ensuite prolongée par les aidants à domicile ou en institution.

La revalidation cognitive est une thérapie individuelle et individualisée, proposée par un personnel spécialisé, qui cherche à compenser un processus cognitif déficient.

Elle repose sur deux grands axes : la compréhension des capacités altérées et préservées et la mise en œuvre d'un contrat thérapeutique qui place le patient au centre du processus. Inscrite dans un objectif global d'amélioration de la qualité de vie, elle doit pouvoir, à l'aide de techniques spécifiques adaptées au profil cognitif du patient, lui permettre d'effectuer une tâche qui lui apporte autonomie et plaisir. (Jacquemin, 2009)

2.1.2. Interventions portant sur les troubles psycho-comportementaux

La réminiscence, généralement réalisée en groupe, cherche à faire émerger des souvenirs autobiographiques, à évoquer le passé, à retracer un parcours de vie pour mieux comprendre la personne dans le présent. Le rappel s'effectue généralement à partir d'un thème (les vacances) et/ou d'un support : une photo, une image, un objet...

Cela demande de la part du professionnel, psychologue, psychiatre, neuropsychologue, une écoute affûtée afin d'accéder au sens de certains souvenirs.

Les faits anciens restent longtemps accessibles au cours de l'évolution de la maladie, ils sont ainsi un support efficace de communication et de socialisation. Livrer un morceau de vie est valorisant, tant pour le patient que pour son interlocuteur, et permet d'installer des relations plaisantes dans un cadre de confiance.

Comme l'explique Fabienne Desrousseaux, gériatre : « l'objectif est ici d'améliorer l'estime de soi ainsi que la qualité des relations avec l'entourage afin de réduire l'anxiété, la dépression et les troubles du comportement » (Thérapies non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, 2014, p. 23).

Les approches sensorielles utilisent la vue, l'odorat, l'audition, le toucher, le goût. Elles pourraient accroître la qualité de vie, augmenter l'autonomie et améliorer des aspects du comportement (sommeil, dépression, agressivité...).

Une large proposition existe, citons :

- *l'aromathérapie*, basée sur l'olfaction, elle vise la qualité de vie, la relaxation, l'amélioration du sommeil, la diminution de la douleur et des symptômes dépressifs
- *la musicothérapie*, passive (écoute musicale) ou productive (expression vocale et musicale), elle tend notamment à stimuler les interactions sociales et à diminuer l'agitation
- *la luminothérapie* qui cherche à réguler le rythme circadien et à réduire les troubles du comportement
- *la stimulation multi-sensorielle* (méthode Snoezelen)
- *l'haptonomie*, basée sur le toucher, pour réduire l'agressivité, l'agitation...

La thérapie de présence simulée (projection d'une vidéo familiale), la thérapie assistée d'animaux, les massages, la rééducation de l'orientation, la psychothérapie ou encore l'art-thérapie sont autant d'autres moyens qui pourraient améliorer la qualité de vie du patient, des aidants, lutter contre des troubles comportementaux et combattre la dépression.

2.1.3. Interventions portant sur l'activité motrice

Les kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, proposent différents exercices physiques (parcours, marche...) dans le but d'améliorer les conditions physiques et particulièrement la condition cardiovasculaire, de prévenir les chutes et de restaurer l'autonomie à la marche.

La HAS, en 2011, en souligne les effets positifs possibles sur « certaines mesures cognitives, d'aptitudes fonctionnelles et certains aspects du comportement ».

2.1.4. Interventions portant sur le langage et la communication

La thérapie écosystémique est une approche thérapeutique globale proposée par Thierry Rousseau, orthophoniste (Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication, 2011) qui tient compte de l'environnement et de l'entourage du patient.

Au préalable, une évaluation de la communication est réalisée à l'aide de la GECCO : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication. Elle relève les actes de communication adéquats et inadéquats proposés par le patient, le type d'actes préférentiel, les thèmes, les situations, voire les interlocuteurs qui favorisent la communication du malade. Elle permet une analyse écologique et pragmatique de ses capacités de communication (Rousseau, Démences Orthophonie et autres interventions, 2007).

La thérapie suit deux axes majeurs :

- Une intervention auprès du patient, au cours de séances individuelles, des thèmes, des situations sont proposés au patient en s'appuyant sur les actes de communication qu'il peut encore émettre.
- Une intervention auprès de l'entourage, familial et/ou professionnel, de la personne, qui va devoir s'adapter aux modifications des capacités de communication du patient en modifiant son propre comportement de communication grâce à l'aide du thérapeute (démonstrations, explications, mises en situation...)

L'évaluation des troubles et de la thérapie doit être écologique :

- Repérer tous les facteurs sur lesquels il est possible d'intervenir.
- S'assurer que le patient peut transférer dans la vie quotidienne les capacités restaurées.

La thérapie écosystémique complète une approche cognitivo-comportementale plus classique en étendant le champ d'intervention.

2.1.5. L'aide aux aidants

L'utilité d'informer et de soutenir les familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est reconnue. La HAS recommande diverses interventions spécifiques

(psycho-éducation individuelle ou en groupe, support téléphonique, thérapie familiale, groupe de soutien des aidants...) qui peuvent être proposées par des accueils de jour, des Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), des associations de famille, des réseaux, etc. Le but étant de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des familles et de leur malade.

Au CMRR de Nice, un groupe de soutien aux aidants est proposé une fois par semaine. Ce groupe a la particularité de se dérouler en concomitance avec les groupes de prise en soins des patients (art-thérapie, musicothérapie, reminiscence). Animé par une orthophoniste, ce groupe permet aux proches des patients d'échanger à propos de leurs difficultés, de leur ressenti, de poser des questions à la professionnelle de santé, de partager des idées, des solutions pratiques face à certains problèmes du quotidien, de se soutenir, de se sentir compris, de se sentir moins seuls, de s'exprimer sans peur d'être jugé.

Il ne s'agit pas seulement de procurer de simples informations d'ordre général sur la maladie, mais de les adapter à la singularité d'une histoire personnelle. Parfois des problèmes liés à la prise de décision sont soulevés, comme le choix de l'institutionnalisation. Souvent, ce sont des situations du quotidien, qui mettent en jeu l'autonomie, la stimulation, qui sont abordées : « dois-je le laisser mettre la table, même s'il se trompe ? dois-je le « forcer » à sortir, à continuer à pratiquer ce passe-temps qui lui plaisait mais qui ne semble plus l'intéresser ? ... ». Une dynamique de recherche de solutions, basée sur l'écoute et le soutien, avec l'aide de la professionnelle de santé et des autres aidants, en découle. Il faudra « les aider à faire au mieux, ce que chacun estime devoir faire » (Cérase, Les "consultations famille" de l'Institut de la Maladie d'Alzheimer).

Comprendre l'autre, c'est pouvoir lui apporter une aide plus efficace.

2.2. Une efficacité difficile à évaluer

Toutes ces pratiques non médicamenteuses sont très difficiles à évaluer et posent la question des indicateurs de mesure en science humaine. De nombreuses études ont tenté de mettre en avant les effets d'une thérapie non médicamenteuse mais beaucoup d'entre elles se sont confrontées à d'importantes difficultés méthodologiques : échantillons insuffisants, absence de groupe contrôle, manque de mesures à long terme.

Des études, très encourageantes, montrent des bénéfices sur la dépression, le déclin cognitif, les activités de la vie quotidienne, les troubles du comportement, la satisfaction aidants/soignants, mais les défauts sont nombreux.

Chaque thérapie, chaque patient étant différent, une grille standard, avec des critères précis, est difficile à concevoir. Pourtant, il est primordial de pouvoir définir les effets immédiats et durables de telle ou telle approche.

En effet, une évaluation objective, en complément du regard clinique, permettrait d'ajuster les recommandations et de hiérarchiser par efficacité les thérapies non médicamenteuses.

Pour le professeur Gérard Riber, psychiatre « le principal indicateur d'efficacité résiderait alors dans le fait de donner à chacun la capacité de s'exprimer en mobilisant ses compétences, lui permettre d'avoir une action sur soi, sur son environnement » (France Alzheimer, 2011).

Face à cette problématique, le CMRR de bordeaux a proposé l'étude ETNA3, achevée en 2012, visant à évaluer 3 thérapies non médicamenteuses employées dans la maladie d'Alzheimer, à long terme : la réminiscence, la stimulation cognitive et un programme de prise en charge individuelle.

Cette étude, d'une durée de 2ans, a concerné 800 patients, traités dans différents centres en France. Le principal critère retenu est : « retarder l'entrée dans la phase modérément sévère à sévère de la maladie ». (Institut national de la santé et de la recherche).

Les résultats, parus en 2014, font état de bénéfices réels sur l'autonomie fonctionnelle des seuls patients ayant été soumis à la stimulation cognitive individuelle. Leur entrée en institution est retardée de 6 mois. L'étude ne montre aucun gain cognitif significatif dans toutes les approches.

Des efforts sont encore à fournir, des études sont encore à mener, pour objectiver les effets et hiérarchiser les approches non médicamenteuses afin de proposer la prise en soins la plus efficace et la plus adaptée aux troubles de chaque patient.

2.3. La place de l'orthophoniste dans le soin non médicamenteux

De nombreux professionnels sont concernés par la prise en soins non médicamenteuse du patient atteint de maladie d'Alzheimer : médecins, kinésithérapeute, assistantes sociales, aides-soignantes, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers...

L'orthophonie, en tant que profession paramédicale, à la frontière entre personnels médicaux et intervenants d'autres secteurs, a une place importante au sein du processus de prise en soin non médicamenteuse.

« Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue » (Article L434-1).

L'orthophoniste joue un rôle dans le diagnostic et dans la prise en soins.

Il va évaluer des fonctions cognitives comme la mémoire, le langage et la communication. Une anamnèse de qualité est primordiale pour connaître le patient, sa plainte et pour installer une relation de qualité. C'est un état des lieux, à un moment donné, d'un patient donné, qui va permettre de préparer une prise en soin individualisée et adaptée. L'éclairage orthophonique fait suite au bilan et aide au diagnostic.

Un objectif majeur de sa prise en soins est « de replacer le patient dans la communication avec les autres, lui redonner envie de parler, et donc, in fine, de préserver sa dignité en valorisant ses capacités intellectuelles » (Beauchamp D., orthophoniste et secrétaire générale de France Alzheimer, 2011). L'orthophoniste se place dans le maintien et

l'adaptation de la communication. La stimulation cognitive s'effectue dans un but de maintien des capacités, et non de récupération de celles-ci.

Les activités proposées doivent avoir du sens pour l'individu, elles sont donc en lien avec son histoire, ses loisirs, ses activités, son métier, etc.

L'orthophoniste informe et soutient l'entourage. Il donne des clés pour mieux comprendre la personne, ses troubles, sa maladie, facilitant ainsi la communication patient/aidant. Une étude, menée par Kogan et Al (2000), souligne qu'un comportement adapté de l'entourage diminue les situations de rupture de communication.

Le renoncement du patient, le renoncement des proches, doivent être évités à tout prix : l'orthophoniste doit insuffler l'envie de parler, de raconter, d'exprimer. La personne isolée de toute communication ne se sent plus reconnue comme individu communiquant et donc comme individu tout court : l'identité s'effondre. Or, même à un stade avancé, des possibilités de communication existent : il faut les repérer et s'adapter sans cesse aux capacités résiduelles. La communication non-verbale a une grande valeur : il faut l'apprécier, la voir, l'entendre.

Le maintien de la communication permet de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnels. Le patient doit pouvoir bénéficier d'autres moyens de s'exprimer que sa seule colère, que sa seule agressivité, que son seul repli. Il doit se sentir reconnu.

La communication est un besoin essentiel, faisant appel à toute notre sensorialité et qui doit être un plaisir, une possibilité d'affirmation de soi, de partage d'informations, de souvenirs, d'émotions, une possibilité d'expression de son opinion, de ses peurs, de ses joies. Communiquer c'est être en lien avec le monde qui nous entoure.

La maladie est à distinguer du malade. En face de nous, c'est une personne, atteinte d'une maladie, mais une personne avant tout. C'est en s'intéressant à cette personne, c'est en lui accordant tout le crédit qu'elle mérite en tant qu'interlocuteur, que la communication pourra être préservée au maximum.

3. Réflexion éthique et prise en soins dans la maladie d'Alzheimer

Le soin, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, n'est à l'heure actuelle que peu curatif, sinon palliatif. Il s'agit de traiter, médicalement ou non, des symptômes dont le patient est atteint, de l'aider à pallier ses difficultés à l'aide de ses compétences préservées, d'assurer la meilleure qualité de vie possible.

Prendre soin, c'est « produire un travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre » (Molinier, 2005).

La prise en soin nécessite la conjugaison d'une approche par le savoir (connaissance scientifique de la maladie), d'une approche par la raison morale (devoir d'aider l'autre, dans un respect de son humanité et de sa dignité) et d'une approche affective (attitude de sympathie, de compassion pour un « alter ego ») (Bonhomme).

Le nombre de patients grandissant, a fait de la maladie d'Alzheimer un « problème » de santé publique, mais c'est également, un enjeu de réflexion éthique. Il faut s'interroger sur le sens de notre mission, car privilégier une tout puissante démarche scientifique s'avère stérile si elle ne se nourrit pas d'humanité.

Prendre soin, c'est « permettre à celui qui souffre de percevoir qu'il compte à nos yeux dans cet engagement respectueux d'être à ses côtés, aux côtés de sa famille tout au long de la maladie » (Demoures).

On oppose souvent le « cure » -guérir au « care » - soigner. L'éthique du « care » a toute sa place dans le prise en soin de la maladie d'Alzheimer car il ne s'agit pas de « guérir » mais de prendre soin, d'accompagner la personne vulnérable.

Prendre soin, c'est « prendre en compte l'ensemble des besoins physiques et relationnels du malade ». Il faut pouvoir maintenir et offrir le contact : c'est par le regard de l'autre sur soi que le sujet se sent digne d'investissement (Cornu, Myriam, & Bernard). Etre en lien est un bénéfice pour l'être humain. Le sentiment d'exister nous est propre mais nous existons aussi dans le regard de l'autre et dans notre façon d'être au monde. Nous sommes, dans ce que nous ressentons, dans nos émotions, dans notre communication verbale et non-verbale, dans notre histoire.

L'accord, le désaccord se lisent parfois dans une posture, un regard, un geste... respecter ces moyens de communication, permet de replacer l'individu dans la communication.

Dans le monde du soin, la référence est la bioéthique (Beauchamp & J., 2011).

Des principes ont été déclinés :

- Principe de bienfaisance : accomplir un bien que le patient puisse reconnaître en tant que tel.
- Principe d'autonomie : le patient participe au processus décisionnel concernant sa santé.
- Principe d'humanité : la dignité tient à la nature humaine de la personne, non à ses actes.
- Principe de proportion : pas de traitement disproportionné.
- Principe de futilité : pas d'acte dénué de bénéfice pour le sujet.

Dans le cas des traitements non médicamenteux, on ne peut s'assurer du principe de futilité qu'en se basant sur les seules données cliniques subjectives pour le moment.

La question du principe d'autonomie, notamment avec la personne « non communicante » verbalement, est souvent centrale, car difficile, mais pas impossible, à appliquer. Respecter l'autonomie d'une personne, c'est respecter sa dignité.

Il existe toujours une possibilité d'expression, verbale ou non, qui doit être prise en compte. Un tiers peut relayer le contenu, car ce qui est exprimé par la personne n'est pas toujours identifiable. Il faut s'appuyer sur la « présomption de compétence ».

Agnieszka Jaworska (*Respecting the margins of agency: Alzheimer's patients and the capacity to value*, 1999) part de l'idée que les malades peuvent très longtemps attribuer de la valeur à des choses : si, quelquefois, ils ne sont plus en mesure d'actualiser ces valeurs dans leurs vies, les aider à continuer à vivre conformément à ses valeurs semblent une bonne définition de l'autonomie. Doit en découler un changement d'attitude : respecter l'autonomie doit impliquer un investissement actif de la part des tiers.

Si parfois la personne perd ce que l'on nomme la « capacité décisionnelle » (capacité à donner un consentement libre et éclairé), elle conserve encore longtemps une capacité pour l'autonomie. Si un tiers aide à traduire les valeurs de la personne dans des actes, alors elle peut continuer à mener une vie autonome.

Interpréter réellement ce qui est exprimé par le patient, comprendre ses besoins, être attentif et respectueux, faire preuve d'empathie, se mettre au service de ses besoins et de ses envies en tant que soignant : voilà quelques pistes qu'il semble primordial de garder à l'esprit, en tant que thérapeute prenant soin d'autrui.

Chapitre II
SOIN ET JARDIN

I. L'Homme et le jardin

1. Un lien ancien, sacré, ancré

*Au commencement, Dieu Tout puissant planta un jardin.
Et en vérité, c'est le plaisir humain le plus pur.
Le plus grand rafraîchissement de l'esprit des hommes ;
Sans lequel bâtiments et palais ne sont qu'ouvrages grossiers.
Et on verra toujours, quand seront venus les temps
De politesse et d'élégance, les hommes bâtir avec majesté
Avant de jardiner avec finesse :
Comme si le jardinage était l'art suprême.*

Sir Francis Bacon (1625)

De la religion (jardin d'Eden), à la mythologie (jardin des Hespérides, jardin d'Ulysse), en passant par l'Histoire (les jardins suspendus de Babylone), l'homme cultive un lien fort avec le jardin depuis des millénaires, alliant botanique, sacré et soin.

Le premier jardin serait né en Mésopotamie, il y a environ cinq mille ans, grâce à l'acclimatation du palmier permettant la création d'oasis.

Le littré le définit comme un « espace clos d'ordinaire planté de végétaux utiles ou d'agrément ».

Les jardins fleurissent à travers les époques et les diverses régions du monde. Ils n'ont pas pour seule nécessité de nourrir (potagers, vergers). Des jardins, parfois véritables œuvres d'art, prennent vie pour le plaisir des yeux (jardin d'agrément) ; d'autres permettent d'approfondir la connaissance et le savoir (jardin botanique) ; d'autres encore sont utilisés pour la culture des plantes médicinales (jardin de pharmacie) ; d'autres enfin sont des lieux de méditation, de contemplation, de philosophie (jardin d'Epicure).

2. Quand le jardin devient outil de soin

Jardins et hôpitaux ont été intimement liés depuis des temps anciens.

De la Perse est venu l'exemple du jardin médicinal, qui appartenait aux premiers hôpitaux au sens moderne du terme, les bîmâristâns (hôpitaux arabes). A Ceylan, au XII^{ème} siècle, le Roi Parkama Bâhu fonda des hôpitaux dotés de jardins entourés de rangées d'arbres d'espèces différentes. En Chine, le premier répertoire de phytothérapie est découvert.

Dans l'Antiquité grecque, puis sous l'Empire romain, les plantes sont utilisées comme onguents et administrées par des prêtres-médecins et des chirurgiens.

A l'époque médiévale, les moines cultivent, entretiennent, et sélectionnent des plantes dans les *Hortus medicus* (jardins médicaux médiévaux). Cette thérapeutique est encore extrêmement liée à la religion mais elle deviendra ensuite empirique, puis scientifique,

avec Paracelse, père de la pharmacie moderne, et premier au XVIème siècle à considérer la nature comme un laboratoire d'expériences.

En France, la fin du XVème siècle est marquée par une crise économique, dans un contexte de croissance démographique et de développement du vagabondage et de la mendicité : dans les structures comme les Charités ou les hôpitaux généraux, les personnes valides sont astreintes à vaquer à des travaux.

Par la suite, les progrès de la médecine et la situation catastrophique des hospices qui présentent des conditions d'accueil effroyables, entraînent une réforme dans la conception et la réalisation des hôpitaux. L'hôpital devient une « machine à guérir » réservée aux malades.

Entre 1830 et 1840, l'asile dispose généralement de dépendances agraires. L'influence des travaux agricoles sur l'aliénation mentale se hisse au rang de vérité scientifique, mais rencontre aussi la critique : on parle d'exploitation éhontée des aliénés, de « traite des blancs ».

Au XXème siècle, l'isolement n'est définitivement plus considéré comme la base du traitement de l'aliénation mentale. L'asile doit être entouré de vastes jardins paysagers, lieux de distraction, de promenade et de détente.

La période de l'entre-deux guerres est marquée par une forte pression de l'urbanisation, notamment sur les hôpitaux.

Il faudra attendre les années 70 pour que les espaces verts deviennent de véritables espaces à vivre, et non plus seulement des espaces à regarder. Le jardin est réellement intégré à la problématique du soin. L'appellation d'hôpital-parc apparaît, la psychiatrie évolue, de nouveaux besoins d'humanisations émergent (Riout, 2014).

2.1. Hypothèses et études du bienfait de l'environnement naturel sur la santé

Trois hypothèses sont formulées à l'origine :

- La culture et les processus d'apprentissage conditionnent l'homme à aimer la nature.
- La nature est un environnement stimulant car moins complexe que l'environnement fabriqué de la main de l'Homme ; elle abaisse le niveau de stress et procure un bien-être.
- Un mécanisme plus profond, lié à l'évolution, veut que l'environnement naturel structure l'être humain à tous ces niveaux d'organisation (Pringuey-Criou, 2015).

Dans les années 80, un biologiste américain, Wilson Edwardo, formalise la théorie d'une « biophilie ». Il part du postulat que les êtres-humains seraient, d'une façon innée, attirés par les autres organismes vivants, et que cette attirance aurait une origine génétique. Allant plus loin, d'autres auteurs postulent qu'un organisme vivant aurait intérêt à protéger les autres organismes dans l'attente d'une réciprocité, ce qui expliquerait notre

besoin de prendre soin d'un animal de compagnie, d'avoir une plante verte sur un sa fenêtre, ou un jardin rempli de vie.

Ulrich, en 1984, publie une étude qui montre l'influence positive sur la récupération, d'une vue sur la nature depuis la fenêtre de patients hospitalisés en chirurgie : le séjour de ces patients est plus court, et la demande d'antalgiques est moins forte.

Dans les années 90, d'autres études confirmeront la diminution du niveau de stress, et donc une meilleure récupération du patient, dans un environnement où la végétation domine ou même grâce à la simple présence de photographies de paysages naturels.

L'écopsychologie, science des relations entre l'esprit et l'environnement, portée notamment par Théodore Roszak (Université de Californie), nous dit que l'Homme ne ressentirait un bien-être que lorsqu'il vit en symbiose avec son environnement naturel. Il faudrait donc renouer un contact fusionnel avec toutes les formes de vie existantes.

La relation Homme/plantes est un processus ancré et un caractère intangible de l'être-humain. Inscrite dans ses gènes, elle guide des mécanismes indispensables au maintien de sa vitalité et régule des processus actifs, en adaptation continue.

L'apport sur la qualité de vie et l'attractivité des espaces verts est notable, les effets sur la santé publique commencent à être compris. Une analyse de la bibliographie internationale fait état de 21 arguments en faveur des espaces verts dans le milieu urbain : amélioration de la santé, de l'état psychologique, amélioration du bien-être, réduction de l'anxiété, du stress, de la dépression. Des travaux menés par des équipes nord-américaines montrent une amélioration de la santé des patients hospitalisés dans des lieux proposant des espaces verts.

La science valide le concept de jardin de soins : le jardin se transforme en acteur dans le processus de soins et devient thérapeutique.

Des recommandations quant à l'élaboration d'un jardin de soins en psychiatrie apparaissent (Pringuey-Criou, 2015) :

- Etude des patients et de leurs besoins.
- Végétalisation naturelle.
- Stimulation des sens variée.
- Cohérence de l'ensemble.
- Faire entrer le jardin et la lumière du jour dans le service.
- Sécurité et accessibilité.

2.2. Pratique de l'hortithérapie

L'hortithérapie, terme traduit de l'anglais 'horticultural therapy', thérapie par l'horticulture, est une thérapie non médicamenteuse qui favorise l'utilisation du jardin comme support original de soins. N'est pas hortithérapeute qui veut : une formation spécifique existe.

Cette pratique naît de la création de jardins autour des hôpitaux au début du XXème siècle. Aux États-Unis, elle devient une discipline enseignée en 1971. Elle est très largement utilisée dans des pays précurseurs comme les Etats-Unis, l'Angleterre, le Japon, le Canada. Elle se développe depuis quelques années en France, par le biais d'institutions ou d'associations.

Elle est issue d'une approche ergothérapeutique, visant à faire prendre conscience à l'individu de ses difficultés et, métaphoriquement, faire venir ses possibilités. Le patient peut développer des stratégies pour résoudre et accepter ses problèmes par similitude avec le soin apporté aux plantes. Comme si prendre soin de la terre était une manière de prendre soin de soi. Le sujet passif devient sujet actif, capable de prodiguer des soins aux végétaux.

Les cibles thérapeutiques de cette pratique sont, principalement, des personnes qui souffrent d'un handicap d'ordre moteur, psychologique, psychiatrique ou social. L'hortithérapie s'adresse à tous les âges, de l'enfant porteur de troubles du spectre autistique, à la personne âgée en maison de retraite, en passant par la personne adulte victime d'un traumatisme crânien.

Les bénéfices sont multiples : oxygénation, activité physique, rééducation motrice (globale mais aussi fini par la manipulation d'outils), stimulation des fonctions cognitives, socialisation, (ré)intégration professionnelle, revalorisation de l'estime de soi, autonomie.

De par son utilisation récente, des observations restent encore à standardiser, des situations de soin à objectiver et des procédés techniques à ajuster (déroulement de la séance, évaluation...) afin de valider tous ces effets.

L'hortithérapie utilisera le jardin thérapeutique, vaste espace et lieu d'autres pratiques, comme un outil.



Figure 1 : hortithérapie (<http://www.psychologies.com/Bien-etre/Sante/Alzheimer/Articles-et-Dossiers/Comment-l-hortithérapie-aide-les-malades-d-Alzheimer>)

II. Jardin thérapeutique et Maladie d'Alzheimer

1. Recommandations et critères

Le plan Alzheimer (2008-2012) recommande la création de nouvelles structures, dans lesquelles il faut prévoir des jardins thérapeutiques. Il est nécessaire de pouvoir proposer une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) ou sécurisé(e) (Rivasseau-Jonveaux, et al., 2012).

La possibilité de rester en contact avec la nature doit être offerte aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, quel que soit leur lieu de vie. Il peut s'agir de la création d'un jardin à l'occasion de la construction d'un établissement ou de la rénovation d'un jardin déjà existant.

La grande majorité des établissements qui accueillent des patients atteints de la maladie d'Alzheimer disposent souvent d'espaces verts mais « ceux-ci ne sont que rarement spécifiquement adaptés aux besoins de ces patients et des équipes ». En France, le potentiel des jardins est encore méconnu et sous-utilisé, c'est une voie qui reste à développer.

En 2007, une enquête menée auprès de 992 unités Alzheimer montre que si 82% des établissements disposaient d'un espace extérieur accessible, dans seulement 43% des cas il était offert en libre accès aux patients. Le jardin n'était jamais cité comme élément intégré à la prise en soin des patients et son utilisation n'était jamais mentionnée dans l'offre de soins des établissements.

En Lorraine, une enquête réalisée auprès de 63 établissements montre que les jardins ne sont utilisés pour des activités autres que la promenade ou le repos que dans 14,3% des cas

Pour que le jardin soit un bon outil, il doit être adapté à sa population.

Critères généraux d'aménagement :

- Signalétique claire.
- Espace de déambulation sécurisé.
- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite.
- Proximité des toilettes.
- Sentiers circulaires, sans impasse, ramenant naturellement le patient vers les soignants.
- Clos.
- Mobilier adapté.
- Présence d'eau souhaitable.
- Choix ombre/soleil.
- Plantes avec variété de couleurs, goûts, senteurs.
- Utilisation de plantes régionales et ajout de quelques plantes exotiques pour susciter la curiosité.

Il faut faire la balance des atouts et des difficultés du lieu et réfléchir à la pérennité du projet.

♣ Au Centre Universitaire de Nancy, l'équipe du Centre Paul Spillman a porté un projet original de jardin thérapeutique, à destination de patients en service de soins et réadaptation 5SSR), incluant une UCG et des malades en soins palliatifs.

Ce jardin, baptisé « Art, mémoire et vie » conjugue une approche neuropsychologique et artistique. L'originalité de ce jardin tient certainement dans cette volonté d'ajouter une dimension artistique au jardin. Celle-ci « repose sur la présence de sculptures et d'œuvres d'art, tant abstraites que figuratives, conçues spécifiquement pour être vues, observées, approchées, touchées, sans interdit » (Rivasseau-Jonveaux, et al., 2012, p. 249). L'art est une forme de respect pour l'identité culturelle de la personne malade, loin des considérations fonctionnelles du matériel hospitalier.

L'espace jardin, qui se veut paisible et attractif, a été pensé autour de la structuration de l'espace, du repérage temporel, de l'enrichissement sensoriel de l'environnement. Des invariants culturels, et des références à la mémoire sociale du patient étaient recherchés. Les besoins et souhaits des équipes soignantes ont été préalablement analysés par des questionnaires spécifiques.

Le résultat est un jardin, harmonieux tant dans la forme que dans la couleur, organisé autour de quatre zones distinctes, correspondant aux quatre éléments : le Feu, la Terre, l'Eau et le Vent. Chaque zone est ainsi connotée par une couleur dominante, le choix et la disposition des plantes. L'espace est structuré, l'orientation topologique est facilitée.

Le repérage temporel apparaît à travers l'éclairage solaire, une horloge, l'évolution des saisons, le rythme des activités.

L'environnement est enrichi d'un point de vue sensoriel, par les sculptures, les plantes mais aussi par le ruissellement d'une fontaine, le son d'un carillon. (Alzheimer: la mémoire cultivée côté jardin, 2010)



Figure 2 : jardin thérapeutique de Nancy (<https://lebonheurestdanslejardin.org/tag/chu-nancy/>)

2. Des intérêts multiples, une utilisation plurielle

Le jardin est un espace de promenade, de déambulation, sécurisé, riche et stimulant : il permet de maintenir une activité physique et une autonomie élémentaire, d'assouvir un besoin d'activité motrice. **C'est un lieu de liberté** qui permet de s'échapper par la pensée, le loisir d'aller et venir, d'observer, de penser, de méditer, de contempler (Berge, Jacob, Stéphanie, Pop, & Rivasseau-Jonveaux, 2014).

Le jardin, adapté aux approches non médicamenteuses, autorise une grande richesse de pratiques, c'est un terrain pluridisciplinaire. Chaque professionnel peut y apporter sa compétence, sa spécialité et son propre regard sur les troubles et sur la personne.

Des séances individuelles peuvent être mises en place sous forme d'accompagnement thérapeutique, lors d'une promenade dans le jardin, propice à l'écoute et à l'observation du patient. Marcher à côté d'un patient angoissé, agité, en l'accompagnant dans sa déambulation excessive, à son rythme, va lui permettre de peu à peu ajuster, ralentir son pas et s'apaiser. Ce temps d'écoute privilégié, dans un cadre privilégié, va permettre au patient d'exprimer ses inquiétudes, ses craintes : sa parole se libère. Le rétablissement de la communication, parfois difficile, voire rompue, peut être l'objet de ce type de séances.

Des ateliers thérapeutiques de groupes, utilisant le jardin comme support, sont proposés.

Il peut s'agir de séances de jardinage thérapeutique (hortithérapie) : la mémoire procédurale est alors stimulée par l'utilisation de compétences sensori-motrices. Cette mise en situation concrète a un rôle facilitateur pour l'expression, et plus fondamentalement la communication. De plus, en favorisant le sentiment d'utilité, cette activité redonne un statut social à l'individu.

C'est aussi faire appel à la réminiscence, dans un cadre fonctionnel, écologique et sensoriel.

Au jardin « Art, mémoire et vie », l'orthophoniste propose des prises en soin de groupe visant à accompagner les patients dans leur cheminement, dans leur communication (Le tricot des mots, 2014). Le jardin est le support de nombreux thèmes de conversation. Chaque personne a une histoire en lien avec l'environnement naturel. L'expression est facilitée par le cadre.

En entrant dans le jardin par la multi sensorialité, les différentes gnosies, visuelles, tactiles, auditives vont être stimulées :

- L'ouïe : bruissement du vent, ruissellement de l'eau, oiseaux, bruits environnant de la ville...
- La vue : couleurs, formes des plantes, l'extérieur, le ciel...
- Le toucher : texture de la terre, des végétaux, manipulation d'outils...
- L'odorat : parfum des plantes, de la terre, odeurs environnantes...
- Le goût : plantes comestibles, petits fruitiers...

Le thérapeute peut attirer l'attention du patient sur le bruit d'un carillon, l'odeur d'une plante, etc. : « *qu'évoque ce bruit/ cette odeur pour vous ?* ».

Cet éveil des sens va favoriser l'éveil de la communication, à tous les niveaux, verbal, mais aussi non-verbal : partager une odeur florale, regarder conjointement l'esthétique d'une sculpture, écouter ensemble le gazouillis d'un oiseau, toucher la texture d'une plante...

Le jardin sollicite la mémoire autobiographique, par le biais de réminiscences spontanées et encouragées : « *vous aviez un grand jardin ? que cultiviez-vous ?* ».

La mémoire sémantique est aussi stimulée par le souvenir du nom des plantes, de techniques de jardinage...L'orthophoniste peut proposer des petits exercices de type « chercher des mots en lien avec le jardinage, que peut-on cultiver dans un jardin ? »

Ce faisant, tous les aspects de la pragmatique de la communication vont pouvoir être travaillés : respecter un tour de rôle, s'adapter à l'échange, s'adapter à l'interlocuteur, écouter l'autre quand il parle.

Le patient est alors reconnu comme être social au sein d'un groupe ; il retrouve une identité d'être humain communicant. L'effet de socialisation existe entre les patients mais aussi avec les aidants et les soignants : **c'est un lieu de rencontre.**

Des ateliers transgénérationnels prennent forme. Du jardinage, mais également d'autres activités de plein air (jeux de ballon, quilles, boules...), des séances de gym douce, des lectures de nouvelles, de poésies, des spectacles musicaux... Le but étant de réunir les générations d'une même famille autour d'une activité commune à partager.

Tour à tour lieu de promenade, d'activités, de prise en soins, de rencontres, d'échanges, support pour d'éventuelles activités à l'intérieur, les ressources du jardin semblent inépuisables.

3. Difficultés et limites

Il semble cependant nécessaire de souligner que certaines difficultés peuvent être rencontrées, que certains aspects peuvent limiter l'utilisation de l'espace jardin thérapeutique.

Pouvoir assurer la sécurité la plus totale possible est une condition sine qua non à la conception du jardin. Il faut se montrer très vigilant quant à une éventuelle mise en danger des patients.

Une souplesse de l'organisation institutionnelle est primordiale, par exemple pour pouvoir s'adapter aux conditions météorologiques et aux impératifs de chacun.

Un jardin entraîne des coûts et demande de l'entretien : les questions budgétaires et la charge de l'entretien doivent être sérieusement examinées

D'un point de vue thérapeutique, le jardin peut également présenter des défauts et ne pas être adapté à tous les patients. Durant un atelier de groupe par exemple, l'aller et retour d'autres patients peut être un élément de distractibilité trop important pour certaines personnes.

Une trop grande richesse de stimulation sensorielle peut provoquer l'angoisse, la dispersion. Source de liberté pour certains, le jardin peut s'avérer source d'inquiétude pour d'autres, de par sa faible dimension contenante.

Ainsi, comme tout autre proposition non médicamenteuse, le jardin doit être envisagé de telle façon qu'il réponde aux troubles, aux besoins et aux envies du patient.

4. Evaluation

L'intérêt des jardins est objectivé dans différentes recommandations, soulignant des effets bénéfiques de trois ordres : l'activité physique et les contacts sociaux, les effets indirects et la restauration de capacités physiologiques et psychologiques.

Plus précisément dans la maladie d'Alzheimer, des travaux montrent des bénéfices sur :

- Les tentatives de sortie inadaptées
- L'amélioration du sommeil
- L'agressivité, grâce à la marche à l'extérieur.

A contrario, un environnement inadapté a des effets négatifs : on observe une augmentation de l'agitation lorsqu'un patient n'a pas pu bénéficier d'un temps passé à l'extérieur suffisant.

Le maintien des habitudes de jardinage des patients, accompagnés et guidés par leurs aidants, entraîne une communication jugée améliorée durant l'activité (enquête Lorraine, Alzheimer 54). Patients et aidants font part d'un intérêt certain pour la promenade dans un espace naturel et rapportent des effets bénéfiques sur le rythme nyctéméral, le sommeil et l'appétit.

A Nancy, un questionnaire de satisfaction a été proposé aux patient, aux aidants et aux soignants, trois ans après la mise en accès du jardin. Les soignants rapportent des bénéfices comportementaux face à la déambulation, aux comportements perturbateurs et aux troubles du sommeil.

Thérèse Jonveaux (Les jardins thérapeutiques: recommandations et critères de conception, 2012) rapporte quelques propos glanés lors de l'évaluation du jardin :

« Le jardin donne une sensation de liberté »

« Le patient y redevient une personne »

« Le jardin, c'est une marque de respect pour les patients ».

Dans une communication du CHU de Nancy du 23/04/2015, on apprend que 3 thèses de doctorat, sont en cours concernant ce jardin :

- Jazz art, pour mesurer les répercussions cognitives, émotionnelles, psychologiques et interpersonnelles d'un environnement artistique sur des patients atteints de troubles neurodégénératifs.

- Jazz top, pour étudier comment stimuler au mieux les fonction cognitives attachées à la topographie.
- Jazz burn, pour objectiver l'intuition d'un impact favorable des espaces verts sur les personnels soignants.

L'apport du jardin se doit d'être fondé sur la démarche et les principes d'une médecine par les preuves. Il est nécessaire d'approfondir les recommandations dans ce domaine partiellement exploré. Il faut pouvoir créer des références, transposer des expériences positives d'un établissement à un autre.

Des études scientifiques de grande ampleur sont encore à menées pour confirmer et analyser les différents aspects de l'utilisation du jardin thérapeutique.

III. Rapport de la fondation Médéric Alzheimer

Le rapport d'études de la fondation Médéric Alzheimer, « Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage » (Guisset-Martinez, Villez, & Coupry, 2013) veut rendre compte de la richesse et de la diversité des pratiques sur le terrain.

Une étude portant sur 21 jardins d'établissements et d'accueils de jour, en France ou à l'étranger, a été réalisée. Parmi cet échantillon, on trouve deux exemples de « terrasses thérapeutiques ».

1. Multiplicité des jardins, multiplicité des objectifs

De cette observation est née une typologie en 9 grandes catégories basées sur les catégories dominantes d'un jardin.

*** Le jardin des rencontres**

- Pour faciliter les relations entre les résidents de l'établissement

Le jardin permet de profiter ensemble d'un cadre plaisant et apaisant, de découvrir les voisins qui partagent le même lieu de vie.

- Pour favoriser les relations familiales entre toutes les générations

Le jardin sert de contexte facilitateur pour nouer ou renouer une relation, autre que la relation d'aide qui s'est imposée. Pouvoir conserver une place à part entière au sein de la structure familiale est primordial. Le patient a la possibilité de recevoir les siens, de faire preuve d'hospitalité à leur égard, dans un lieu stimulant et ludique pour tous. La structure et ses résidents reflètent alors une image plus positive.

*** Le jardin passerelle**

- Pour échanger avec l'extérieur

Le jardin se veut être une interface, favorisant dès lors les échanges, entre la structure et le monde extérieur : riverains, communauté locale. Certains accueils de jour ont créé des partenariats avec des écoles voisines, dès la conception du jardin. Une occasion pour certains patients de transmettre un savoir-faire et ainsi d'être (re)valorisé. Un moment privilégié d'échanges agréables entre générations.

- Pour faire évoluer les représentations sociales

En impliquant la société civile, en intégrant la participation des usagers à la vie sociale locale, des professionnels espèrent faire évoluer le regard porté sur la maladie et ainsi permettre aux malades d'être mieux acceptés.

*** Le jardin « en action »**

- Pour proposer un large éventail d'activités

L'entretien, la culture, le jardinage, vont faire appel au savoir-faire des personnes et ainsi valoriser leurs compétences. Chacun est responsabilisé et agit à sa portée : arrosage, rempotage, ratissage... Les capacités sont mises en lumière, des gestes que l'on croyait oubliés réapparaissent grâce à la motivation et le plaisir dans l'activité.

Dans certains jardins, les patients peuvent prendre soin d'animaux : lapins, poules, chiens chats... En plus du contact positif que sous-tendent ces relations, c'est aussi un moyen efficace de lutter contre le désœuvrement de certains résidents ne pouvant pas participer à des activités plus classiques, trop difficiles ou trop éloignées de leur culture.

Le jardin peut être un lieu de jeux, d'activités diverses et variées, de moments conviviaux (goûter, repas, apéritif...).

*** Le jardin de la transmission et du don**

- Pour s'appuyer sur la jeunesse

Ces jardins donnent l'opportunité à des jeunes en formation de mettre en pratique leurs connaissances pour créer du mobilier de jardin, concevoir l'aménagement du lieu, s'occuper de son entretien. Un échange se crée entre compétences en herbe et richesse des savoirs de toute une vie.

- Pour favoriser les échanges et le don

Il s'agit de permettre au patient de faire des cadeaux à sa famille, à partir du jardin : un pot de confitures réalisé avec les fruits du jardin, un bouquet... Ils peuvent alors être dans le don plutôt que dans le « recevoir », aspect symbolique essentiel.

*** Le jardin de la créativité**

- Pour laisser s'exprimer l'imagination, l'expression artistique et artisanale

Le jardin est utilisé comme source d'inspiration puissante : compositions florales, herbiers, tableaux, dessin, peinture...

- Pour « rêver » ensemble le jardin

Des patients ont pu, dans certains projets, exprimer leurs souhaits concernant l'aménagement du jardin ou les futures plantations. Intervenants, résidents, soignants, ont alors réfléchi ensemble à la symbolique attribuée au jardin, participé à la conception des dessins, des plans, à la recherche de financement, à la concrétisation du projet.

*** Le jardin des sens et de la mémoire**

- Pour réveiller la mémoire par l'expérience sensorielle

La mémoire affective étant une fonction supérieure relativement longtemps préservée, stimuler tous les sens s'avère particulièrement intéressant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Exprimer des émotions autorise la relation, la rencontre avec l'autre.

- Pour créer des repères temporels et spatiaux

Le jardin est un espace dynamique, évoluant au fil des saisons. L'odeur des premières fleurs, la vue des bourgeons, le toucher des feuilles tombées au sol sont autant d'éléments qui permettent de ressentir le passage du temps.

*** Le jardin du souvenir**

- Pour garder la trace symbolique de résidents disparus

Certains jardins proposent un lieu de mémoire, dédié aux personnes décédées, entre tristesse de la perte et souvenir des bons moments vécus ensemble. L'importance attachée à leur mémoire est ainsi soulignée.

*** Le jardin liberté**

- Pour un investissement informel et personnel du jardin

Les jardins en libre accès permettent des utilisations spontanées, sans l'impulsion du personnel ou d'un quelconque atelier. Les résidents peuvent s'approprier cet espace, devenu familier, et en disposer quand ils veulent, en toute liberté. A Nancy, le jardin thérapeutique offre ainsi un accès 24 heures sur 24, à l'aide d'éclairages spécifiques.

Cette question de la liberté d'accès pose encore débats dans bon nombre d'institutions... Entre le droit à la liberté prôné d'un côté et la réalité des risques encourus de l'autre... la décision à prendre ne fait pas encore l'unanimité.

- Pour flâner, s'aérer

Les usagers ont l'occasion de prendre l'air, de faire de l'exercice physique, de se reposer sur un banc, de se promener à leur guise, seuls, ou accompagnés, de faire des rencontres fortuites ou bien programmées.

- Pour trouver refuge

Parfois la structure même du jardin offre des îlots d'intimité, des recoins cachés qui permettent aux personnes de pouvoir se mettre en retrait de la vie collective, de prendre un moment « pour soi ».

*** Le jardin vitrine**

Ce jardin n'est pas représenté dans l'échantillon de l'étude, mais ce type de jardin « alibi » ou « vitrine » existe. Ce jardin, « réussi » d'un point de vue esthétique, n'est alors qu'une façade, un espace qui valorise l'image de l'établissement. Attention alors à ne pas apposer trop vite le terme « thérapeutique » à ce type de jardin, trop peu pensé pour le réel bien être des résidents.

2. Conclusion du rapport

Si l'échantillon étudié n'est pas négligeable, il ne peut prétendre représenter complètement l'ensemble des formes de jardin existantes et de leurs pratiques associées.

Cependant, ce rapport met en valeur la grande richesse et la large gamme de possibles qu'offre le jardin.

Si l'étude met en exergue tous les aspects bénéfiques de la présence d'un jardin dans les lieux de prise en soins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, elle souligne aussi l'importance d'une forte mobilisation de toute l'équipe soignante, condition indispensable pour porter un tel projet et surmonter obstacles et scepticisme.

Le jardin thérapeutique ne peut être que le fruit d'un travail en équipe, d'une réflexion partagée, d'une véritable envie et volonté commune. Patients et aidants sont à associer au projet afin de permettre l'appropriation par tous de ce lieu de vie.

PARTIE
EXPERIMENTALE

I. Hypothèses de travail

Comme nous l'avons vu au fil de notre partie théorique, l'Homme et le jardin entretiennent un lien étroit, depuis des temps anciens, le soin ayant toute sa place dans leur relation.

Notre travail est basé sur l'idée que le jardin peut favoriser l'émergence de la communication. Nous nous sommes alors demandé dans quelle mesure, un atelier basé sur le jardin, pouvait solliciter le langage, les souvenirs, les émotions chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'idée est de proposer une situation la plus écologique possible, dans un environnement différent des prises en soins habituelles, qui s'appuie sur la réminiscence mais aussi sur l'action, et de ce fait sur la mémoire procédurale par le biais des gestes de jardinage et d'observer les effets de cette situation sur la communication.

Notre première hypothèse est que l'atelier jardin peut entraîner une augmentation des actes de communication.

Dans un second temps, nous avons jugé utile de mesurer l'impact d'un tel atelier, dynamique, sur l'activité physique de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

Notre deuxième hypothèse est que l'atelier jardin peut entraîner une augmentation de l'activité physique.

En proposant cette activité dans un espace ouvert vers l'extérieur, l'autonomie et la liberté sont au cœur de notre projet. Liberté de s'exprimer, d'échanger, d'écouter, liberté de se mouvoir, de se déplacer, de découvrir, d'explorer, liberté de toucher, liberté de sentir.

Par le biais de l'atelier jardin, ce sont les mots et les souvenirs que nous souhaitons faire émerger. Il s'agit également de restaurer un lien social, dans un cadre plaisant, différent, et de permettre à chaque participant de renforcer son identité par ses actes, par sa communication, par le fait de se raconter, de raconter des morceaux de son histoire. En proposant une activité de jardinage, nous espérons aussi insuffler un sentiment d'utilité.

Et par toute cette palette, améliorer l'estime de soi.

II. Atelier estival

Une parfaite journée d'été est quand le soleil brille, le vent souffle, les oiseaux chantent, et la tondeuse à gazon est cassée.

James Dent

1. Protocole de recherche

1.1. Constitution du groupe

Le choix des patients s'est effectué auprès du groupe bénéficiant de l'atelier réminiscence du CMRR de Nice, sur la base du volontariat. Habituellement, les prises en soins proposées par le CMRR s'arrêtent les mois de juillet et août. Proposer cet atelier au mois de juillet permettait, pour les patients qui le souhaitaient, de poursuivre une prise en soins. Les critères étaient l'envie de participer et la disponibilité sur les cinq séances, dans la mesure d'une participation maximale de 6 personnes.

Les patients :

	Mr T.	Mme F.	Mme R.	Mme P.
	79 ans	92 ans	77 ans	88 ans
Famille	Marié 1 enfant	Veuve 2 enfants	Veuve 1 enfant	Veuve 1 enfant
Métier	Commissaire de police	Couturière	Enseignante	Secrétaire
Niveau d'études	Supérieur	Primaire Certificat d'études	Supérieur	Primaire
MMSE	24/30	21/30	19/30	15/30
Autonomie	Vit maritalement Vient en taxi	Vit seule Vient en taxi Dépendance pour les courses, le budget Les déplacements extérieurs doivent être accompagnés	Vit seule Vient à pied	Vit seule Vient en taxi
Communication	Appétence +	Appétence ++ Orthophoniste	Appétence ++ Orthophoniste	Appétence +
Comportement	Compliance Sociabilité Humour, taquineries	Sociabilité Enthousiasme Anxiété+ Agréable, souriante	Sociabilité Anxiété Pleine conscience de ses difficultés	Compliance Sociabilité Redondance des propos ++
Loisirs, intérêts	Sport (mais problème de hanche en 2014) Prendre soin des animaux Montagne Télévision	Couture Lecture Promenades	Randonnées, promenades Lecture	Dessin, coloriage « quand je commence, je ne peux plus m'arrêter ! »

Leur rapport au jardin :

Lors d'un premier entretien, nous nous enquérons de l'intérêt des patients pour le jardin, le jardinage.

Mr T. explique que le jardin est plutôt la passion de sa femme. Celle -ci craignait d'ailleurs que le thème de l'atelier n'intéresse pas son époux mais c'est Mr T. qui décide finalement d'y participer.

Il dispose d'un jardin, dont il nous dit s'occuper « raisonnablement ».

Mme F. aime les plantes et les jardins. La première fois que nous nous rencontrons elle évoque le jardin de son enfance dans lequel elle mettait des fleurs, des plants et faisait des semis avec sa mère.

Chez elle, il y a une terrasse pourvue de plantes dont elle s'occupe. Elle confie aller régulièrement dans le jardin de sa fille pour y cueillir du thym, des fleurs.

Mme R. a un balcon doté de quelques plantes (des géraniums, des yuccas...) dont elle s'occupe.

Elle a toujours eu des jardins mais dit ne pas vraiment s'y connaître en matière de jardinage : « s'il y a du rempotage à faire, il faudra me montrer ! ».

Mme P. a grandi dans le Berry : elle habitait à la campagne et avait un jardin dont son père s'occupait.

A Nice, elle a un balcon avec des plantes dont elle dit « essayer de s'occuper ».

Une cinquième patiente, Madame G., devait participer à l'atelier. Malheureusement un changement de traitement médicamenteux entraînera une grande fatigue chez cette patiente qui n'assistera finalement à aucune séance.

1.2. Tests utilisés

1.2.1. Test de dénomination / reconnaissance

Pour déterminer les plantes connues ou reconnues par les patients, un test de dénomination/ reconnaissance des cinq plantes utilisées pendant les ateliers leur est proposé à une semaine d'intervalle, avant et après l'atelier.

Les résultats apparaissent ci-dessous :

- **D** pour « le patient donne le nom de la plante »
- **R** pour « le patient peut désigner la plante lorsqu'on lui donne le nom »
- **N** pour « le patient ne dénomme, ni ne reconnaît la plante ».

Résultats avant l'atelier :

Patients	Mr T.	Mme F.	Mme R.	Mme L.
Lavande	N	D	D	N
Menthe	D	D	N	R
Sauge	N	R	N	N
Romarin	N	D	N	N
Thym	D	D	D	R

Résultats après l'atelier :

Patients	Mr T.	Mme F.	Mme R.	Mme L.
Lavande	R	D	-	-
Menthe	D	D	-	-
Sauge	D	D	-	-
Romarin	D	D	-	-
Thym	D	D	-	-

Mme R. et Mme L. étant absentes, il n'a pas été possible de leur faire passer le test après les ateliers.

Nous observons une amélioration de la dénomination : Mr T. peut nommer deux plantes qu'il ne reconnaissait pas avant l'atelier, Mme F. dénomme une plante qu'elle reconnaissait auparavant. Mr T. ne peut toujours pas donner le nom de la lavande mais il reconnaît désormais cette plante.

Ces résultats peuvent nous laisser penser que l'atelier jardin a favorisé un apprentissage verbal.

1.2.2. GECCO : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication

Cette grille, présentée en Annexe I, nous a permis d'étudier les capacités de communication de nos patients selon divers critères.

Elle ne propose pas une simple analyse du langage mais une analyse de la communication dans sa globalité. Elle permet de tracer un profil de communication, d'étudier quantitativement mais aussi qualitativement les capacités de communication des patients.

Les limites de cette grille sont :

- La longueur de sa procédure totale d'utilisation

- Ses notions subtiles qui demandent une connaissance approfondie de la grille de la part de l'examineur afin d'éviter de laisser trop de place à la subjectivité.

Le remplissage de la grille, présentée en Annexe I, permet d'évaluer chaque acte de langage produit en se basant sur quelques questions importantes :

- De quel type d'acte s'agit-il ?
- Quels actes utilise-t-il de façon préférentielle de manière adéquate ?
- Quels actes utilise-t-il de manière inadéquate ?
- S'il est inadéquat, quelle est la vraie raison de l'inadéquation ?
- Quels thèmes de discussion favorisent la communication ? ou au contraire rendent cette communication inadéquate ?

Pour y répondre, nous nous référons aux exemples cités en annexe. Souvent, il reste difficile de classer un acte et il y a donc une part importante de subjectivité dans cette analyse.

Dans notre premier atelier, suite à la présence fluctuante et ponctuelle de certains patients, nous avons décidé de concentrer notre analyse sur la communication des deux patients présents à toutes les séances, Mr T. et Mme F.

Les actes de communication non verbaux que nous avons comptabilisés sont de trois ordres :

- Les gestes à fonction référentielle : ce sont des gestes à fonction illustratrice qui accompagnent ou remplacent le discours verbal (mimétiques, déictiques ou symboliques)
- Les gestes à fonction communicationnelle : ce sont des gestes, plus ou moins volontaires, faisant référence à la situation et aux interlocuteurs et ayant une valeur émotive (se rapporte à l'émetteur), conative (se rapporte au récepteur) ou phatique (s'adresse au récepteur et assure la bonne continuité de l'échange).
- Les gestes à fonction métalinguistique qui peuvent être à fonction prosodique (marquer le rythme du discours), à fonction de redondance (geste redondant par rapport au discours), ou à fonction de commentaire, sur le contenu ou la forme de l'énoncé.

Les patients n'étant pas toujours face caméra, nous avons préféré traiter les expressions faciales, les sourires, les rires, les regards et les silences de manière qualitative.

1.3. Description de l'atelier

Unité de lieu

L'atelier se déroule au CMRR de Nice, au premier étage, sur une terrasse de 600 m², disposant d'une vingtaine de bacs pour jardiner, encore peu utilisés au début de l'expérimentation.

La première heure doit se dérouler à l'ombre pour fuir les fortes chaleurs estivales.

Unité de personnes

Un effectif de 5 patients était prévu initialement. Finalement l'affluence a varié entre 2 et 4 patients. L'étudiante en orthophonie mène l'atelier.

Unité de matériel

Sur la terrasse l'atelier se porte principalement autour de deux bacs : un bac témoin, présentant les cinq plantes abordées et un bac pour jardiner. Les participants sont cependant libres d'aller explorer les autres bacs présentés sur la terrasse. L'atelier nécessite des pelles, un arrosoir et des étiquettes permettant aux patients de suivre l'évolution de leurs propres plantes. Une caméra est également utilisée afin d'enregistrer l'intégralité de la séance, nécessaire à l'analyse. A chaque séance correspond une plante. Cinq plantes aromatiques ont été sélectionnées : le thym, la menthe, la sauge, le romarin et la lavande.

Unité de temps

Le mardi matin de 10h30 à 12h, pendant cinq séances.

La première heure est consacrée à la réminiscence et est fractionnée ainsi :

- Tour de prénoms, date et lieu
- Rappel de ce qui a été évoqué et planté la semaine passée
- Présentation d'une nouvelle plante, évocation.

La dernière demi-heure est consacrée à la plantation.

Le descriptif d'une séance, à titre d'exemple, est présentée en Annexe II.



Figure 3 : thym planté par Mme P. lors de la première séance.
Les prénoms ont été volontairement effacés.

2. Analyse de la communication à l'aide de la GECCO

2.1.1. Evolution de la communication au fil des séances

Afin d'évaluer l'impact d'un atelier jardin sur les actes de communication produits par le groupe, nous additionnons les actes produits par les patients et nous présentons les résultats séance par séance dans le but d'illustrer l'évolution.

a. Evolution du total des actes de communication

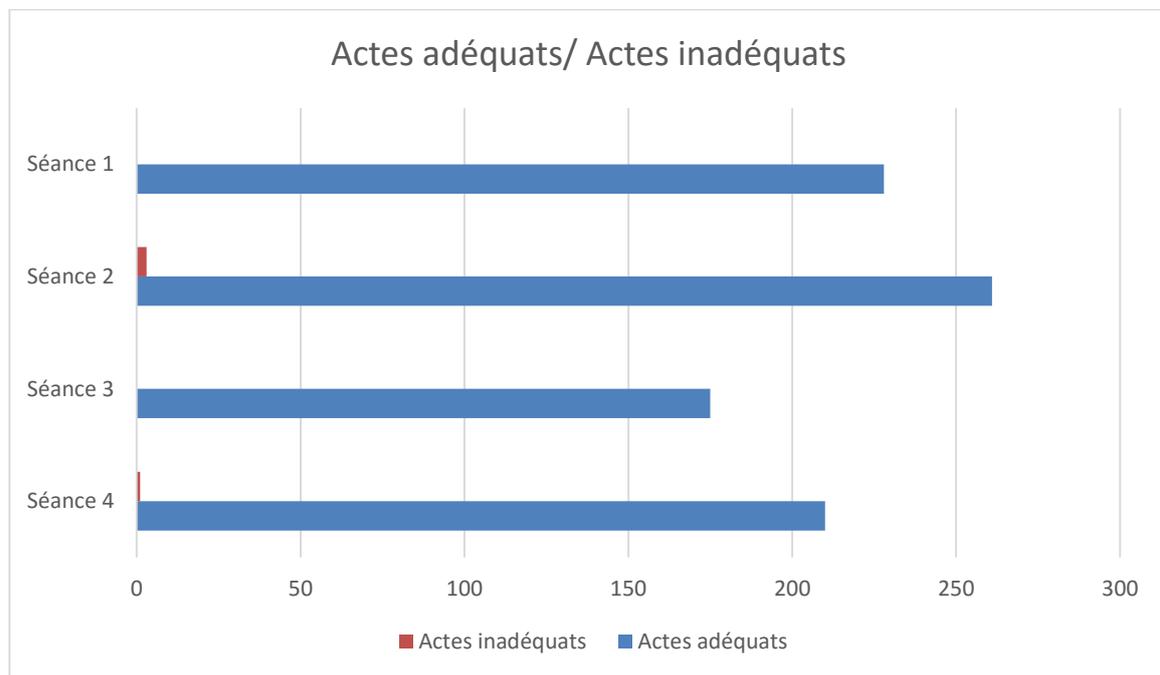


Figure 4 : total d'actes adéquats et d'actes inadéquats par séance.

D'emblée, nous observons la très faible proportion d'actes inadéquats.

Le graphique illustre une évolution très hétérogène du nombre total d'actes adéquats au cours des différentes séances.

De la première à la seconde séance, le nombre d'acte adéquats augmente.

Puis, une chute nette de ces actes est observée lors de la séance 3. Elle pourrait s'expliquer partiellement par le bruit ambiant très important ce jour-là, du fait de travaux à proximité. Mr T. s'est oralement exprimé à ce sujet « c'est gonflant ce bruit ! » tandis que Mme F. a multiplié des expressions non -verbales d'incompréhension face au bruit environnant. De plus, ce jour-là exceptionnellement les patients n'étaient que deux, la dynamique de communication a pu donc s'en trouver impactée.

La dernière séance fournit moins d'actes totaux que les deux premières.

Nous remarquons que les deux dernières séances, moins importantes en termes de communication, sont également les deux séances où les plantes présentées, la sauge et le romarin, ont le moins inspiré nos participants, lors de la partie réminiscence notamment.

→ **Nous ne relevons pas une augmentation des actes de communication au fil des séances à partir de cette expérience.**

b. Evolution des actes présentés par type

Intéressons-nous à présent à l'évolution des actes de communication par type au cours des séances.

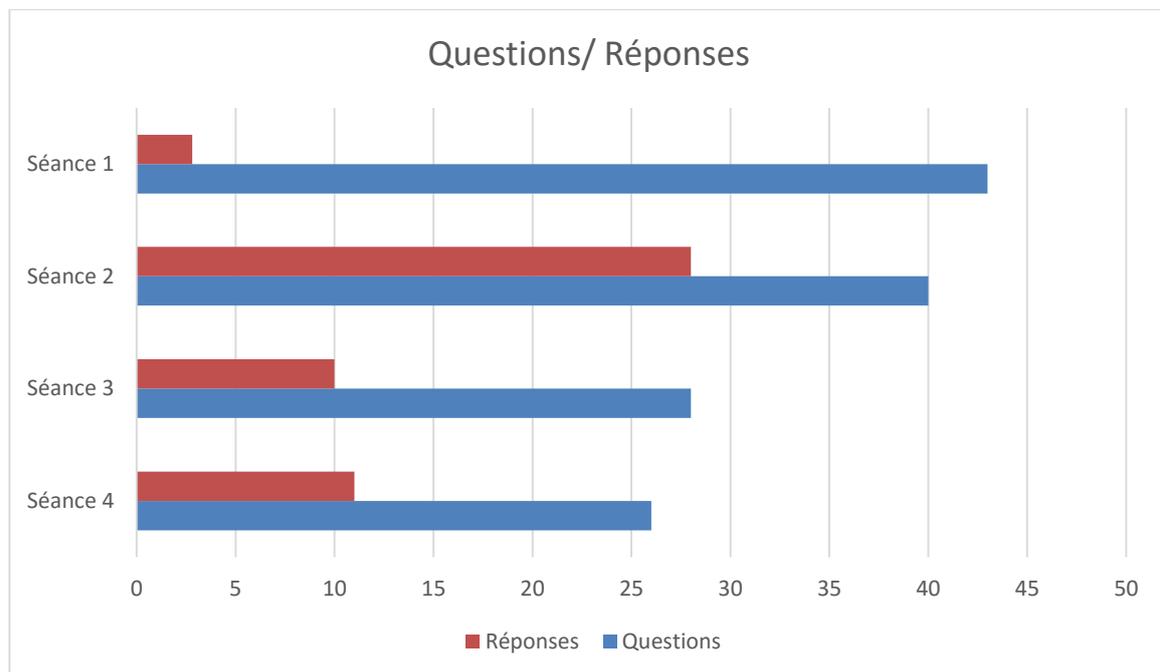


Figure 5 : total de questions et de réponses par séance.

Ce graphique présente le nombre de questions posées et de de réponses fournies par les patients au cours des différentes séances.

Nous remarquons que l'atelier jardin a favorisé l'émergence de questions par rapport au nombre de réponses. L'évolution du nombre de questions au fil des séances est cependant en nette diminution.

La nouveauté de l'atelier pour ces patients pourrait, en partie, expliquer une proportion de questions plus importante lors des deux premières séances. Les patients posent en effet plus de questions ouvertes concernant le déroulement de l'activité : « *comment tu as fait ? avec la pelle Mme T. ?* », « *où est-ce que l'on peut récupérer de l'eau ?* », « *qu'est-ce que l'on met sur l'étiquette ?* ». Mme F., qui est à l'origine de l'idée d'écrire chacun un petit mot près de sa plante, s'inquiète pour autant beaucoup de ce qu'elle doit écrire et de son orthographe. Elle pose beaucoup de question dans le but d'être réassurée : « *c'est bien comme ça ? c'est comme ça se prononce ? avec un f, pas ph ? ...* ».

Nous pensons que par la suite les patients ont gagné en autonomie. Par exemple Mr T. ne demande plus où se trouve l'arrosoir ou le robinet ; Mme F. pose moins de questions concernant ce qu'elle écrit.

Un nombre important de questions reste dédié à la dénomination et à la curiosité des patients : « *qu'est-ce que c'est ? comment s'appelle cette plante ?* ».

L'évolution du nombre de réponses est plus hétérogène.

Nous remarquons que les réponses de type oui/non sont toujours un peu plus importantes que les réponses à des questions ouvertes ou que les réponses qualitatives, c'est-à-dire qui importe une information supplémentaire à la réponse attendue.

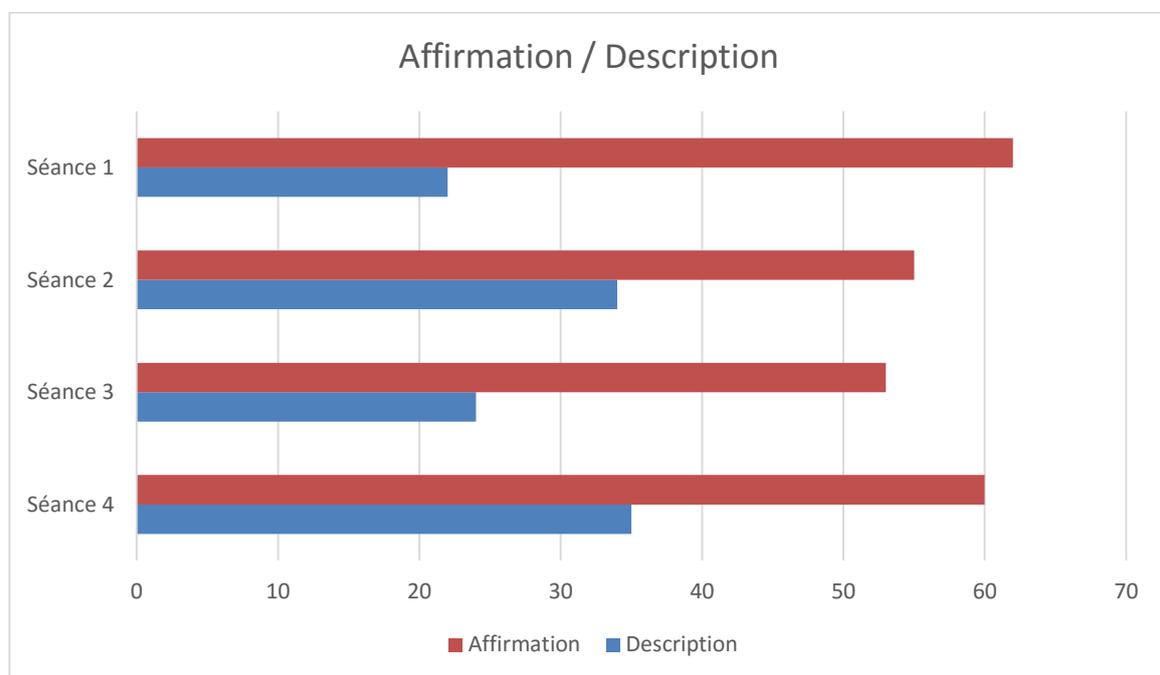


Figure 6 : total des affirmations et des descriptions par séance.

L'affirmation prime sur la description. Elle concerne majoritairement :

- Une évaluation : « *ça sent bon !* », « *c'est joli !* », « *la lavande est sèche...* »
- Une expression de l'état interne du patient, de ses capacités, de son intention à réaliser une action : « *je vais la planter là* », « *je voudrais me mettre à côté de vous* », « *je vais chercher l'arrosoir* ».

Plus rarement nous trouvons :

- Des affirmations de règles/faits : « *il faut défaire un peu la motte puis on plante* »
- Des attributions (exprimer ses croyances à propos de l'état interne, des capacités, des intentions d'une autre personne) : « *c'est une rapide !* », « *tu as une force de taureau !* »

- Des explications : « *c'est pour qu'elle respire* »

Nous relevons que les affirmations sont un peu plus fréquentes au cours des séances initiale et finale.

Les actes de description, eux, fluctuent d'une séance à l'autre et sont assez variés. Il peut s'agir :

- D'une identification : « *ça c'est de la menthe* »
- D'une possession : « *ça c'est la mienne* » « *c'est la sauge de Mr T.* »
- D'un événement : « *il s'est cassé la figure en glissant sur des mûres !* »
- D'une propriété : « *la menthe c'est résistant* »
- D'une localisation : « *là !* » « *À côté de Mme P* ».

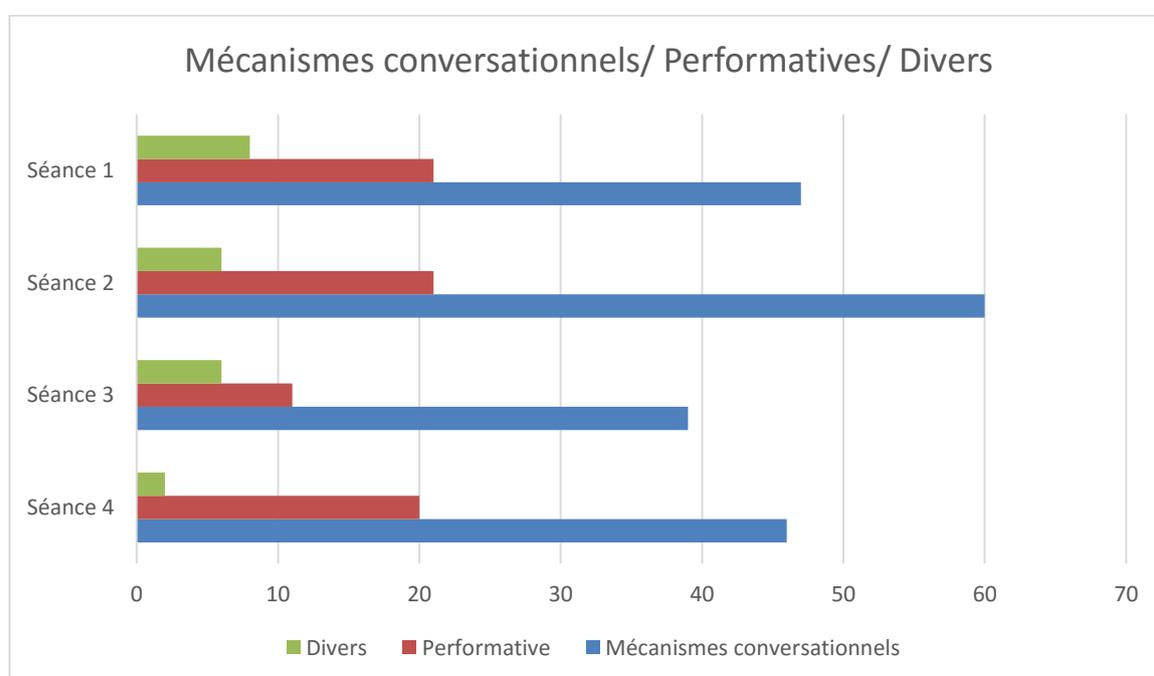


Figure 7 : total des mécanismes conversationnels, des performatives et des actes divers par séance.

La quantité de mécanismes conversationnels, dont le but est de rester en lien avec la situation de communication, est toujours importante au cours des séances. Leur évolution au fil des séances est cependant très hétérogène.

Au sein de cet atelier jardin, il s'agit principalement :

- De mécanismes de retour, consistants en une reconnaissance de l'énoncé précédent ou en une insertion visant à maintenir la conversation : « ah d'accord ! », « ah oui... », « des fourmis... »
- De mécanismes d'accompagnement, énoncé qui accompagne l'action du locuteur et cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur : « j'arrose celle de Mme P. », « je fais mon trou... ».

On trouve également quelques mécanisme- marqueurs de politesse (« merci »).

Les actes dits « performatifs » sont assez constants, une vingtaine par séance, excepté une diminution lors de la troisième séance. En ce qui concerne nos patients il s’agit surtout d’humour et de taquineries. Mr T., notamment, aime rebondir avec humour sur les commentaires de ses camarades, ce qui ne manque jamais de les faire rire. Ainsi à Mme F. qui lui montre ses ongles noirs de terre il dit : « *c’est ça d’avoir des ongles en deuil !* ». Il aime également les taquiner, comme lorsque qu’il jette un peu de terre en direction de Mme P. : « *tiens ! un petit cadeau !* ». Mme F. parfois le lui rend bien, se moquant gentiment de ses techniques, parfois approximatives, de jardinage :

- « *Mais il la saucissonne sa plante le coquin !* ».

Nous trouvons quelques actes performatifs-action, notamment lorsque Mme F. demande à Mr T. d’arroser de telle ou telle manière, et quelques actes-performatifs dits « proclamés » : « *le tout c’est la réussite !* » prône Mr T.

Les actes de communication « divers » regroupent les actes non conventionnels. Ils sont peu nombreux. Nous avons classé dans cette catégorie les actes de lecture de nos patients (lecture de leurs étiquettes) ainsi que le fredonnement de chansons : « *couleur menthe à l’eau...* », « *Annie aime les sucettes, les sucettes à l’anis...* », « *laissez brûler les p’tits papiers !* ».

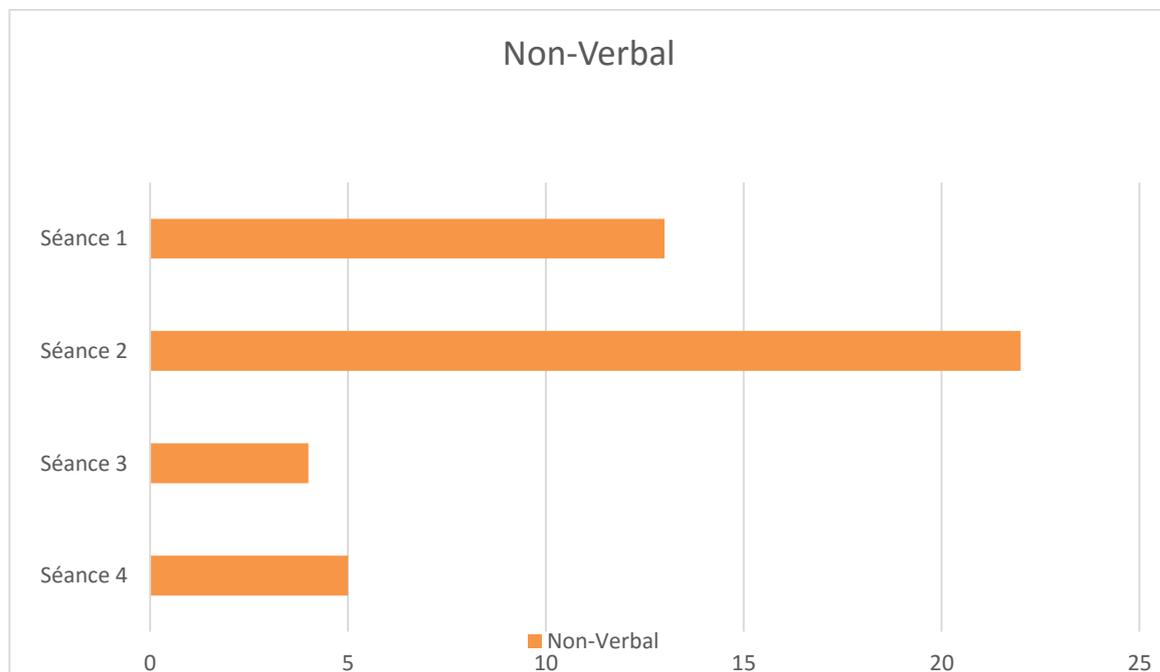


Figure 8 : total des actes non-verbaux par séance.

La quantité d’actes de communication non-verbaux est plus importante lors des deux premières séances. Elle diminue lors des deux dernières séances.

Nous remarquons notamment que lors du second atelier elle est fortement augmentée. Lors de cette séance, Mr T. agrmente ses anecdotes de gestes mimétiques (une personne qui tombe par terre, la formation de caillots) et symboliques (« au-revoir »). Mme F., elle, multiplie les gestes déictiques, c'est-à-dire qu'elle désigne du doigt ce dont elle parle, généralement des plantes.

Les autres gestes les plus fréquents dans la communication de nos patients sont des gestes à fonction métalinguistique de redondance, notamment des approbations de la tête.

D'un point de vue plus qualitatif, Mme F est la grande majorité du temps très souriante et riante. Elle peut exprimer tour à tour, de par ses expressions faciales, de l'intérêt pour les propos évoqués, de l'étonnement ou de l'inquiétude, notamment quand elle a peur de « mal faire » : lorsqu'elle écrit ou lorsqu'elle est soucieuse à l'idée de « voler » un brin de plante. Mr T., bien qu'un peu moins expressif, est également souriant. Son regard est souvent masqué par ses lunettes de soleil.

III. Atelier automnal

L'automne est un deuxième printemps où chaque feuille est une fleur.
Albert Camus

Dans un second temps, nous avons décidé, afin d'étoffer les observations recueillies, de mettre en place un deuxième atelier à l'automne 2015. Les modalités de l'atelier ont dû s'adapter à la saison et au planning des prises en soins proposées par le CMRR. Il fallait s'adapter au plus près des conditions de prise en soins des patients afin de ne pas perturber leur rythme et leur sentiment de sécurité le temps de cinq séances.

1. Protocole de recherche

1.1. Constitution du groupe

Le choix des patients s'est effectué auprès des patients participants habituellement au groupe de thérapie par réminiscence du CMRR. Les patients étant habitués à des conditions établies, il nous semblait nécessaire de ne pas les déstabiliser, de ne pas changer toutes ces modalités pour ne pas créer chez eux un sentiment d'insécurité.

Nous avons choisi de porter nos analyses sur cinq patients en particulier, volontaires, du groupe de réminiscence constitué généralement de 10 à 12 personnes.

Les patients :

- Mr T. et Mme F :

Présents de manière assidue au mois de juillet, ces patients ont souhaité participer à ce nouvel atelier jardin.

- Mme P. :

A cause de son état de santé, cette dame n'avait pu assister qu'à une seule séance lors de la session estivale. Elle a donc souhaité participer à ce nouvel atelier.

Deux patients se sont ajoutés à notre étude :

Patients	Mr D. 89 ans	Mr Z. 77 ans
Famille	Marié 1 fille	Marié 1 fille
Métier	Agent d'assurance	Ingénieur
Niveau d'études	Supérieur	Secondaire (baccalauréat)
MMSE	22/30	19/30
Autonomie	Vit à domicile maritalement Vient accompagné	Vit à domicile maritalement Vient accompagné
Communication	Appétence – Préférence pour les phrases courtes, les réponses oui/non	Difficultés de langage +++ notamment sur le plan expressif Aspontanéité verbale Communication majoritairement oui/ non ou mots isolés Temps de latence++
Comportement	Apathie Sociable (aime participer aux ateliers de groupe)	Apathie importante avec émoussement émotif et perte d'intérêt

Leur rapport au jardin :

Mr Z. a construit lui-même sa maison de campagne et adorait jardiner.

Mr D. n'a jamais eu de jardin et n'a jamais été particulièrement intéressé par le jardinage.

1.2. Tests utilisés

1.2.1. Dénomination / reconnaissance

Pour déterminer les plantes connues ou reconnues par les patients, un test de dénomination/ reconnaissance des cinq plantes utilisées pendant les ateliers leur est proposé à une semaine d'intervalle, avant et après l'atelier.

Les résultats apparaissent ci-dessous :

- **D** pour « le patient donne le nom de la plante »
- **R** pour « le patient peut désigner la plante lorsqu'on lui donne le nom »
- **N** pour le patient ne dénomme, ni ne reconnaît la plante ».

Résultats avant l'atelier :

Patients	Mr T.	Mme F.	Mme L.	Mr Z.	Mr D.
Lavande	N	D	R	D	R
Menthe	D	D	D	D	R
Sauge	R	R	R	R	N
Romarin	D	D	R	D	R
Thym	D	D	R	D	N

Résultats après l'atelier :

Patients	Mr T.	Mme F.	Mme L.	Mr Z.	Mr D.
Lavande	R	D	N	D	D
Menthe	D	D	N	D	D
Sauge	N	D	R	D	N
Romarin	D	D	D	D	N
Thym	D	D	D	D	D

Les résultats observés sont hétérogènes :

- Le nombre de plantes dénommées par l'ensemble des patients augmente : 12→ 18
- Le nombre de plantes reconnues par l'ensemble des patients diminue : 10→ 2
- Le nombre de plantes ni dénommées ni reconnues augmente : 3→ 5

Nous relevons une variabilité interindividuelle : Mme F., Mr D. et Mr Z., présents à toutes les séances, dénomment ou reconnaissent plus de plantes après l'atelier jardin. Mr T., absent à la dernière séance, est autant performant aux deux sessions (trois dénominations, une reconnaissance, une plante). Mme L., patiente également absente lors de la dernière séance, voit ses performances à ce test diminuer.

L'atelier jardin semble favoriser un apprentissage verbal chez les patients présents à toutes les séances.

1.2.2. Dem@care: utilisation de l'actimétrie

Dem@care est un projet qui vise à contribuer au diagnostic, à l'évaluation, au maintien et à la promotion de l'autonomie des personnes atteintes de pathologies à évolution démentielle, en approfondissant la compréhension de la façon dont la maladie affecte leur vie quotidienne et leur comportement.

Ce système de santé personnalisé utilise pour cela la technologie de capteurs.

Nous avons pu observer, à partir de nos données théoriques, que le jardin thérapeutique vise à favoriser l'autonomie de la personne à agir sur les troubles du comportement.

Ainsi, afin de compléter notre analyse, plus subjective, de la communication engendrée par notre atelier et dans le but d'évaluer l'impact d'un atelier terrasse thérapeutique sur l'activité et le comportement, nous décidons d'utiliser l'un des outils du projet Dem@care: l'actimètre.

Ce petit appareil, qui se porte au poignet comme une montre, enregistre les mouvements, y compris de faible intensité. A partir d'un certain seuil, l'appareil détecte et enregistre le mouvement, comptabilisé par unité de temps. L'actimètre permet ainsi d'obtenir une analyse objective quantifiée de l'activité.

Plusieurs données peuvent être extraites de cette analyse : nous retiendrons ici le score total d'activité et le pourcentage de nombre de minutes d'immobilité et de minutes en mouvement sur le temps de la séance.

Certaines données n'ont pu être extraites lors de la deuxième séance et la cinquième séance est marquée par l'absence de deux patients. Nous conservons donc les données des trois séances complètes pour analyse et comparaison.

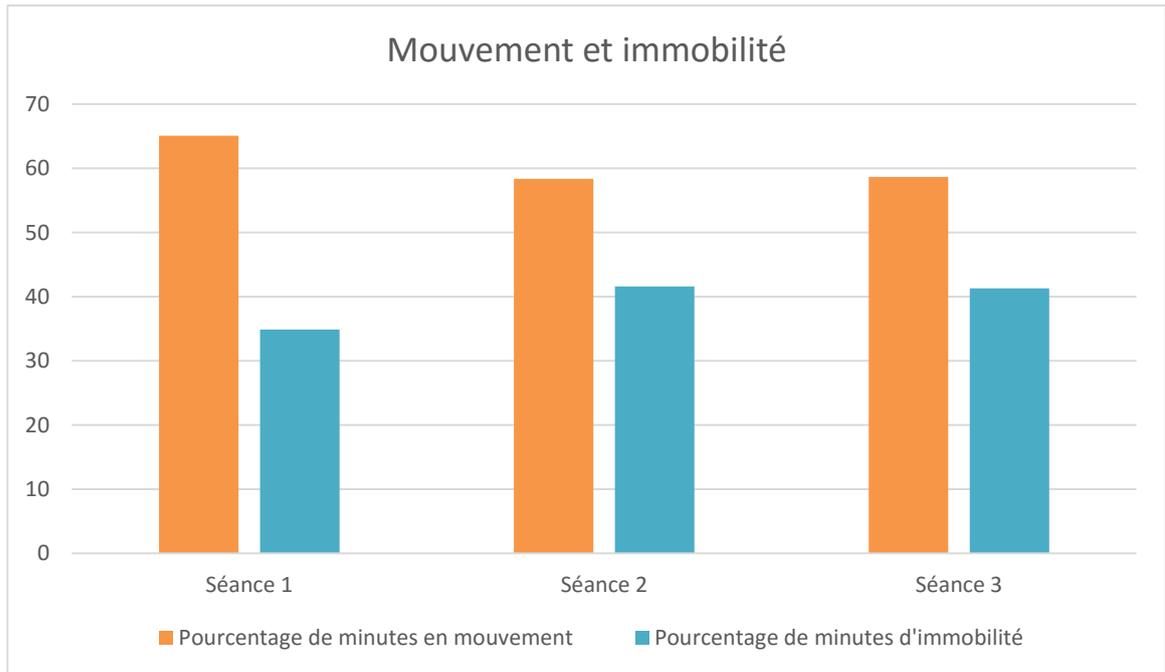


Figure 9 : pourcentage de minutes en mouvement et de minutes d'immobilité par séance.

Si nous observons que la proportion de minutes en mouvement est supérieure à la proportion de minutes dites d'immobilité, le graphique illustre cependant une baisse de la quantité de minutes en mouvement de la séance 1 à la séance 2. La séance 2 et la séance 3 sont quasi-similaires en termes de score, à une minute près.

Les résultats ne sont pas concluants pour objectiver une augmentation du nombre de minutes en mouvement au cours des séances.

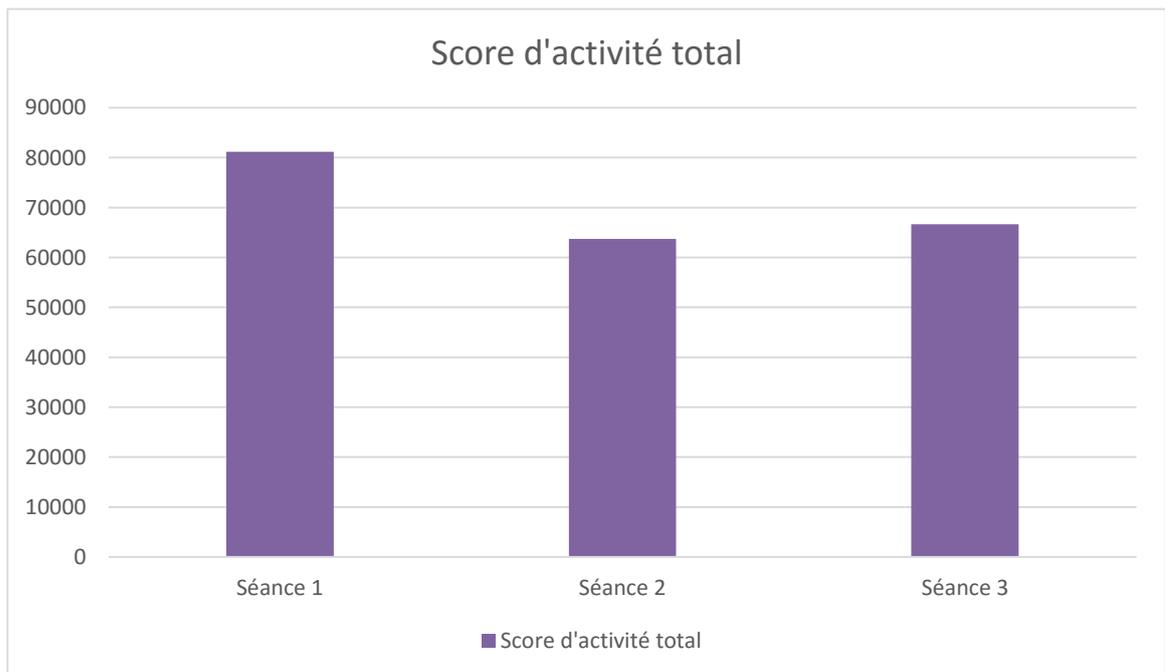


Figure 10 : score d'activité total par séance.

Le score total d'activité est plus important lors de la première séance en comparaison des deux séances suivantes. Le temps passé sur la terrasse à jardiner est pourtant plus important lors des séances 2 et 3 que lors de la première séance, vite interrompue.

Que ce soit à partir des enregistrements vidéo, des résultats individuels ou du ressenti subjectif des intervenantes, il est très difficile d'expliquer cette différence d'activité entre la première séance et les séances suivantes.

1.2.3. GECCO

Présentée et utilisée pour traiter les données extraites de l'atelier d'été, nous l'employons à nouveau pour analyser la communication des cinq patients sélectionnés, sur le temps de jardinage qui se déroule sur la terrasse.

1.3. Description de l'atelier

Unité de lieu

L'atelier se déroule au CMRR de Nice : au rez-de-chaussée pour la première partie, dans la salle où se tient habituellement le groupe réminiscence, puis au premier étage, sur la terrasse. Les conditions météorologiques de l'automne ne permettant pas de rester une heure et demie à l'extérieur, il a donc fallu s'adapter à cette contrainte.

Unité de personnes

Pendant la première heure, tout le groupe de réminiscence participe, c'est-à-dire 10 à 12 personnes. Une neuropsychologue et une étudiante en orthophonie anime le groupe. Lors de la dernière demi-heure consacrée au jardinage, seuls les 5 patients analysés en particulier se rendent sur la terrasse, accompagnés par l'étudiante en orthophonie. Les autres patients restent dans la salle avec la neuropsychologue pour continuer le travail de réminiscence.

Unité de matériel

Sur la terrasse l'atelier se porte autour de deux bacs en particulier : un bac témoin, présentant les cinq plantes abordées, un bac pour jardiner. Les participants sont cependant libres d'explorer tout l'espace terrasse. L'atelier nécessite des pelles, un arrosoir et des étiquettes permettant aux patients de suivre l'évolution de leurs propres plantes. Une caméra est également utilisée afin d'enregistrer l'intégralité de la séance, nécessaire à l'analyse. A chaque séance correspond une plante. Cinq plantes aromatiques ont été sélectionnées : le thym, la menthe, la sauge, le romarin et la lavande.

Unité de temps

Le jeudi matin de 10h30 à 12h, pendant cinq séances.

La première heure est consacrée à la réminiscence et est fractionnée ainsi :

- Tour de table des prénoms, date et lieu
- Rappel de ce qui a été évoqué et planté la semaine passée
- Présentation d'une nouvelle plante, évocation.

La dernière demi-heure est consacrée à la plantation.

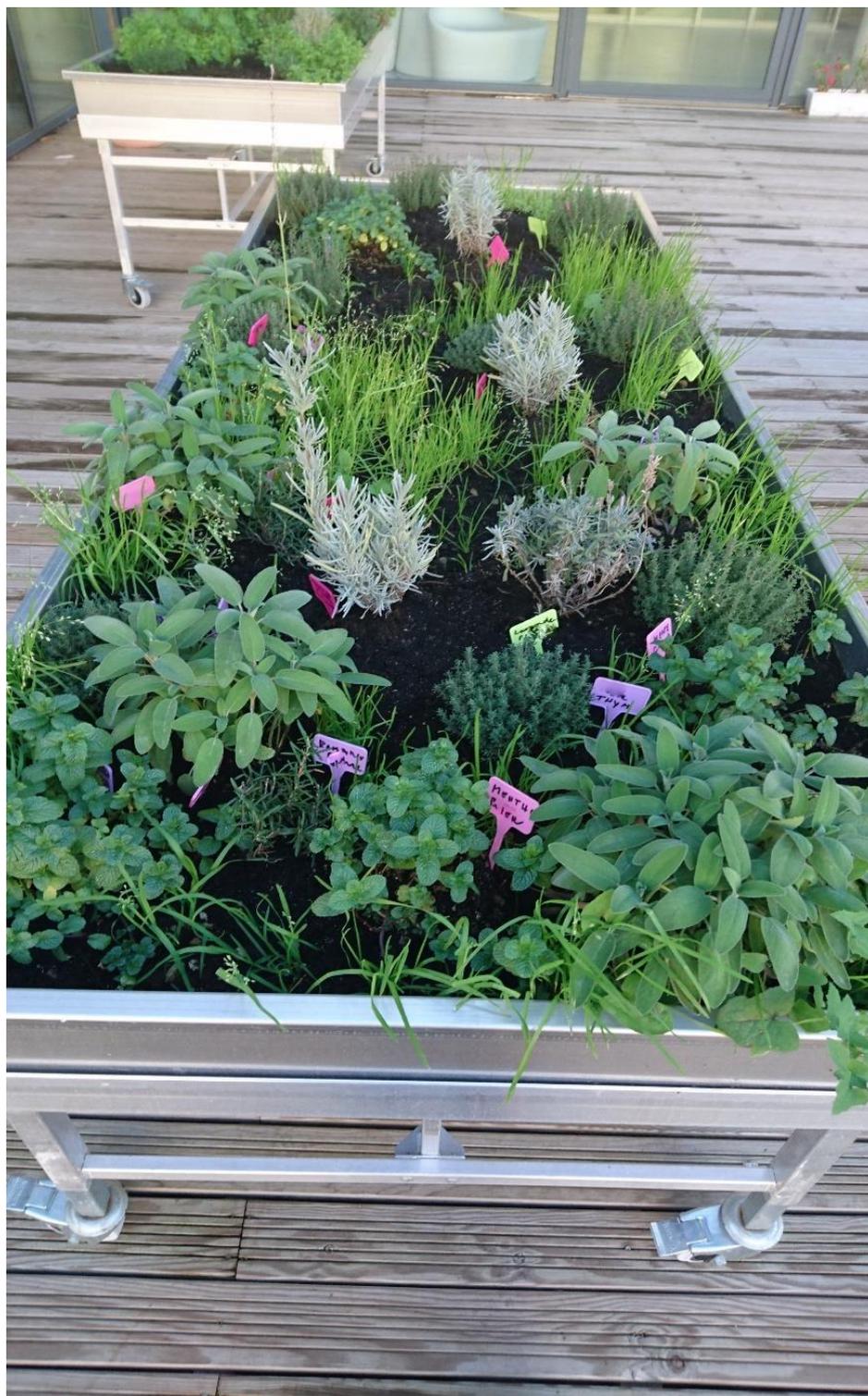


Figure 11 : Bac contenant les plantes des patients.

2. Analyse de la communication à l'aide de la GECCO

Afin d'évaluer l'impact d'un atelier jardin sur les actes de communication produits par le groupe, nous additionnons les actes émis par les patients et nous présentons leur résultats, séance par séance, dans le but d'illustrer leur évolution.

Lors de cette seconde expérience nous avons pu analyser l'évolution des actes de communication produits par les cinq patients sélectionnés sur quatre séances. La cinquième séance ayant connu deux absences nous décidons de ne pas la prendre en compte dans notre analyse.

a. Evolution du total des actes de communication

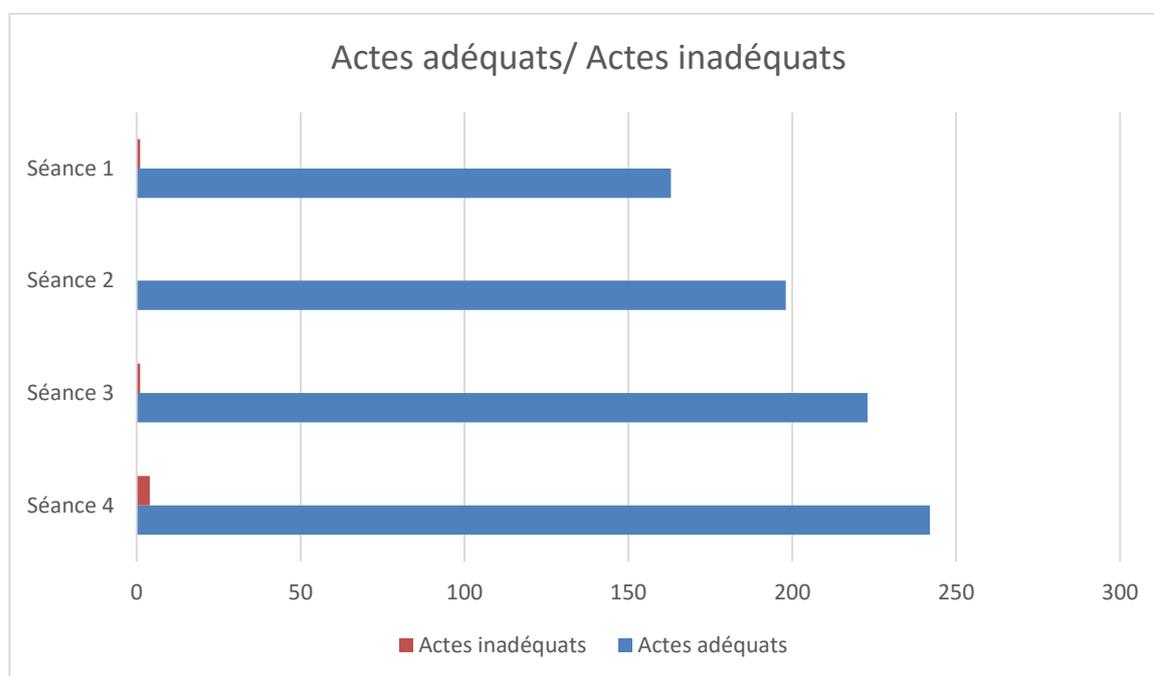


Figure 12 : Total d'actes adéquats et d'actes inadéquats par séance.

Nous remarquons d'emblée la très faible proportion d'actes inadéquats par rapport au nombre d'actes adéquats. Les actes inadéquats sont un peu plus présents lors de la dernière séance. Sur les quatre actes inadéquats produits, trois proviennent de Mr Z. :

- 3 absences de feedback à l'interlocuteur : l'acte produit par le patient ne correspond pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de l'acte produit par l'interlocuteur « *quel âge avez-vous ? oui* », « *quelle odeur préférez-vous ? oui* » Mr Z. répond à des questions ouvertes par « oui ».

Mme P., elle, produit une absence de feedback à la situation : alors que nous parlons des plantes elle nous interroge sur le nom d'un médecin que nous ne connaissons pas.

Lors de la première séance, le nombre global d’actes de communication est plus faible mais il convient de souligner que l’analyse a été beaucoup plus courte en temps : 11 minutes comparé à une vingtaine de minutes pour les autres séances. En effet l’atelier a été écourté par l’envie pressante de se rendre aux toilettes de l’un des participants. L’intervenante a dû l’accompagner et une tierce personne a dû rejoindre le groupe sur la terrasse. Les patients sont finalement rentrés à l’intérieur plus tôt que prévu.

Nous notons ensuite une évolution positive et constante du nombre d’actes de communication de la séance 2 à la séance 4. Bien que cet intervalle soit court :

→ nous observons une augmentation des actes de communication.

b. Evolution des actes présentés par type

Intéressons-nous à présent à l’évolution des actes de communication par type au cours des séances.

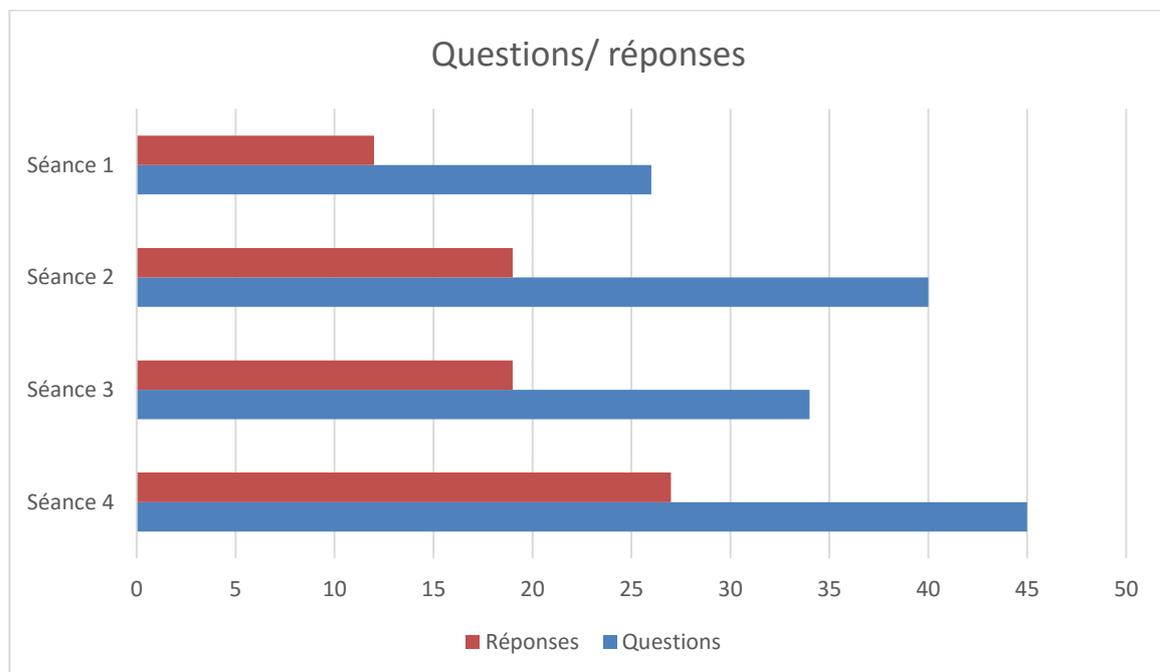


Figure 13 : total de question et de réponses par séance.

Nous constatons que les questions sont nettement plus nombreuses que les réponses.

Le nombre total de questions a plutôt tendance à augmenter au fil des séances, excepté lors de la séance 3 où leur nombre régresse un peu. Les deux premières séances, les questions fermées de type oui/non sont majoritaires alors que pour les deux dernières séances ce sont les questions ouvertes qui priment.

Lors de la deuxième séance Mme P. produit un nombre important de questions de type oui/ non car elle persévère, notamment sur cette idée : « on enlève le pot ? On laisse le pot ? ». Cet acte est reconnu comme adéquat car cohérent avec la situation. A l’inverse, lors de la quatrième séance, Mme P. produit un nombre important de questions ouvertes

en persévérant sur ce type de questions : « *et ça, qu'est-ce que c'est ?* » en désignant des plantes. Les questions de Mme F. traduisent souvent sa curiosité et son intérêt, les questions de Mr T. sont variées même si sa responsabilité « d'arroseur » entraîne une question récurrente, « *qui veut de l'eau ?* ». Nous observons que Mr D. pose peu de questions ; Mr Z. n'en pose pas du tout.

Le nombre de réponses augmente au fil des séances. S'il y a autant de réponses fermées que de réponses ouvertes lors de la première séance, le nombre de réponses oui/non est ensuite supérieur aux réponses ouvertes dans les séances 2 et 3. Le nombre de réponses ouvertes est nettement plus important lors de la dernière séance, proportionnellement à la quantité de questions ouvertes également plus importante ce jour-là.

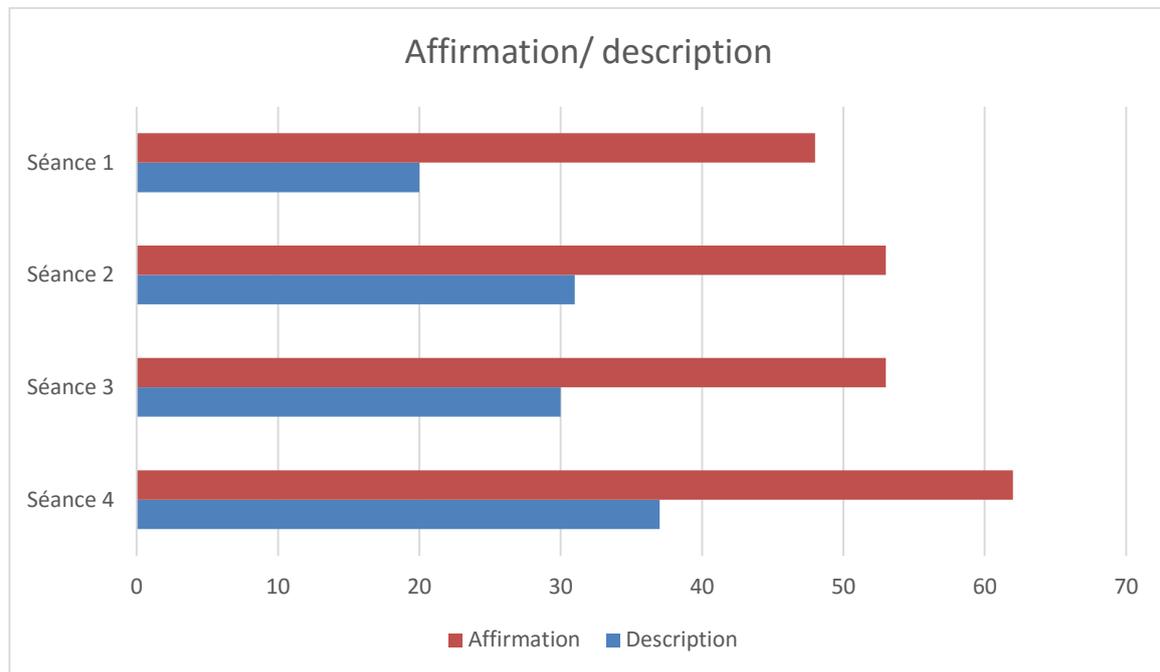


Figure 14 : total d'affirmation et de de descriptions par séance.

Le nombre d'affirmations et de descriptions a globalement tendance à augmenter.

Les affirmations sont plus fréquentes que les actes de description.

Dans ces affirmations, nous observons une importante majorité d'actes d'évaluation. Sur les séances 2, 3 et 4 nous en comptons une trentaine à chaque fois : « *il y a du vent, il ne fait pas chaud !* », « *ça gratouille* », « *elles sont belles les feuilles* », « *il est beau le jardin* », « *c'est intéressant* ». Nous remarquons que ces évaluations sont généralement très positives.

Le second type d'affirmations que nous relevons le plus sont des affirmations de type « état interne ». Leur nombre est constant de séance en séance. Ainsi Mr T. à la troisième séance exprime « *je ne suis pas content de moi là !* » ou « *je vais arroser le mien d'abord !* ». Mme F. délivre « *moi je préfère l'odeur de la menthe* ».

Nous notons quelques affirmations de règles, généralement prodigués par Mme F. et concernant le jardinage, quelques explications et peu d'attributions, sauf lors de la dernière séance : « *Mr Z. il s'applique !* », « *tu as une mauvaise mine* », « *il est jeune !* ».

Les actes de description, en augmentation, concerne généralement l'identification des plantes, leur possession et parfois leur localisation.

Nous relevons quelques actes de description d'événements ou de propriété.

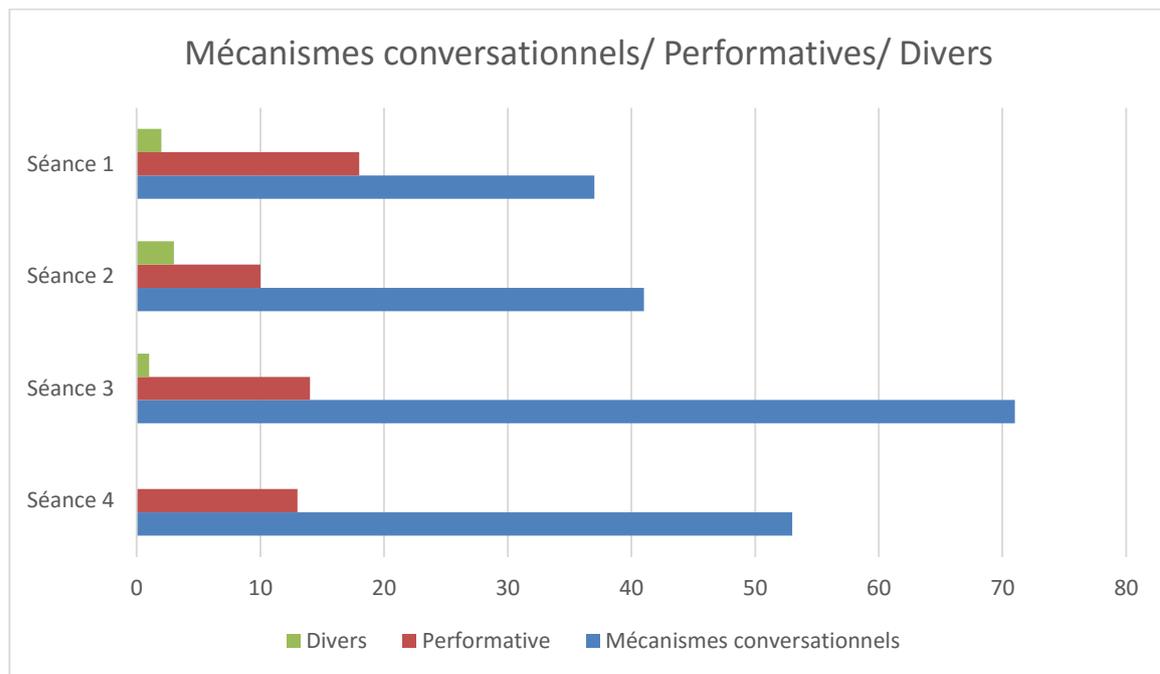


Figure 15 : total des mécanismes conversationnels, des performatives et des actes divers par séance.

Les mécanismes conversationnels sont en nombre important dans les séances. Ils ont tendance à progresser et nous remarquons une forte augmentation de leur proportion lors de la séance 3.

Ce sont principalement des actes visant à maintenir la conversation, mécanisme conversationnel de retour, et des actes accompagnant l'action en cours, mécanisme conversationnel d'accompagnement.

Les actes dits « performatifs » varient entre dix et vingt par séance. Il s'agit surtout de performatives-blague, comme lorsque Mme F. explique « nous avons un arroseur, mais pas un arroseur arrosé ! » ou de « performatives-taquiner », quand Mr T. éclabousse une autre participante « vous ne vouliez pas vous laver les mains ? ».

Nous notons quelques performatives-action, « faites-moi un trou là ! », et quelques performatives-proclamer « faut attendre, il n'y a que ça alors ! ».

Les actes « divers » ne sont pas nombreux et même absents de la quatrième séance. Nous relevons surtout des actes de lecture des étiquettes du jardin et un mot en espagnol de Mme F.

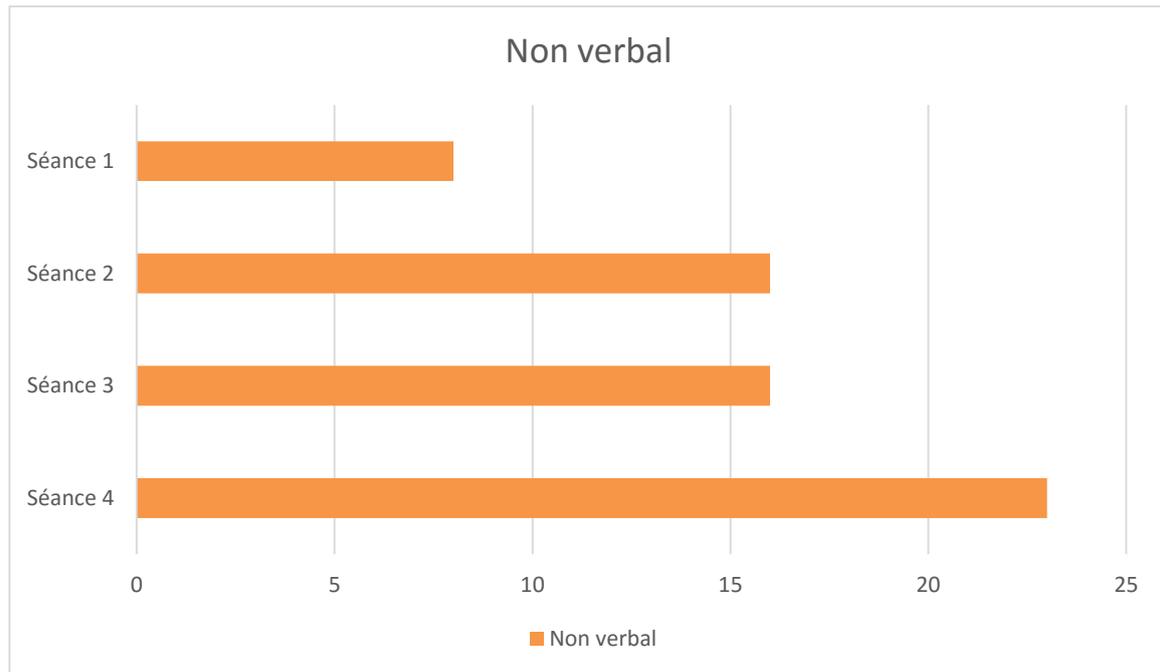


Figure 16 : total des actes non-verbaux par séance.

Les actes non-verbaux augmentent, semaine après semaine : leur nombre double entre la première et la dernière séance.

Les principaux gestes que nous retrouvons à chaque séance sont des gestes à fonction référentielle, désignation des plantes dont les participants parlent, et des gestes à fonction métalinguistiques : approbation ou négation de la tête.

Lors de la dernière séance, Mme P. produit des gestes de comptage et des gestes de désignation qui accompagnent ses persévérations verbales. Ceci explique, en partie, la plus forte proportion d'actes non verbaux lors de la dernière séance.

IV. Discussion

La Maladie d'Alzheimer ne connaît pas à l'heure actuelle de traitement curatif médicamenteux. Un large panel de thérapies non médicamenteuses existe : elles visent le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible, la préservation des acquis et de la qualité de vie. Ces thérapies, nous l'avons vu, se pensent dans le respect du patient et s'appuient sur les compétences préservées de l'individu.

Nous nous sommes saisie de l'une de ces thérapies, émergeant depuis quelques années en France : le jardin thérapeutique. Cette prise en soins, qui se veut espace de liberté, d'autonomie, de communication, de souvenirs, et qui fait également appel à la mémoire procédurale, longtemps préservée dans la maladie d'Alzheimer, nous paraissait très intéressante à appliquer dans notre champ de compétences orthophonique. L'orthophoniste cherche en effet à favoriser l'autonomie et à (ré-)insuffler le plaisir de la communication à ses patients en valorisant leurs compétences préservées.

Nous avons précédemment présenté l'analyse de nos données, recueillies lors de nos deux expérimentations d'un atelier terrasse thérapeutique : rapprochons-les maintenant de nos hypothèses de départ afin de constater si des réponses ont pu être apportées.

Tout d'abord nous nous sommes demandée si l'atelier jardin pouvait favoriser le langage, les habiletés de communication et les souvenirs.

Nous avons émis l'hypothèse qu'un tel atelier pourrait engendrer une augmentation des actes de communication chez nos patients.

Les résultats obtenus lors des ateliers estival et automnal sont hétérogènes. Si la session estivale n'illustre pas une augmentation du nombre d'actes de communication, l'atelier automnal, lui, tend à confirmer notre hypothèse : nous observons une progression positive de la quantité d'actes émis par le groupe.

Nous remarquons, au cours des deux expérimentations, une très faible proportion d'actes inadéquats ce qui nous permet d'affirmer que les actes émis sont de bonne qualité et en lien avec la situation.

Pour des raisons de passation liées au temps nécessaire au remplissage et à l'analyse de la grille d'évaluation des capacités de communication, nous avons fait le choix de porter notre analyse quantitative de la communication sur une période bien définie de la séance : la dernière demi-heure consacrée au jardinage.

Mais bien des thèmes et bien des propos intéressants ont pu être relevés également en amont de cette période, au cours de la partie réminiscence de notre activité.

Ainsi, en observant l'ensemble des séances, nous avons pu constater que le jardin était un bon thème de départ, permettant l'évocation, le partage de souvenirs et favorisant les échanges patients-soignant et patients-patients.

L'atelier estival proposait de partager la première heure de discussion sur la terrasse, en petit groupe, et a favorisé de nombreuses conversations. Les patients ont exprimé leur plaisir de partager ensemble ce moment à l'extérieur :

- « *C'est très plaisant !* ».
- « *On est bien !* »
- « *C'est agréable d'être dehors, il fait bon.* »

Les échanges se sont révélés très variés. Le thème de départ du jardin a souvent inspiré nos participants, qui évoquaient notamment le jardin de leur enfance, les fruits, les légumes, la cuisine... Mais ce thème nous a également porté vers d'autres contrées. De fil en aiguille, de souvenirs en souvenirs, nous avons ainsi parlé de nos régions respectives, de nos familles, de nos métiers ou encore de musique, de la seconde guerre mondiale... Les participants ont même évoqué et échangé ensemble spontanément autour de la maladie d'Alzheimer.

Mme R. exprime plutôt ses sentiments, ses difficultés : « *avec la maladie d'Alzheimer c'est compliqué d'avoir la notion du temps et de l'heure* », « *dès le départ je m'en étais aperçu, surtout lorsque je me suis rendue compte que j'avais oublié un voyage que*

j'avais adoré ; j'en suis à 5, 6 ans », « je vis seule, je dois faire fonctionner mon cerveau, plus plus plus ! ».

Mr T., lui, en parle de manière plus doctorale, exposant même des données théoriques : *« Faire des efforts c'est bon ! », « très souvent il y a des troubles du comportement en plus des troubles cognitifs et mnésiques de la maladie. Parmi ces troubles : l'apathie, qui consiste en un manque d'intérêt pour les activités habituelles, une baisse de la capacité à prendre des initiatives ainsi qu'un émoussement affectif, la dépression et l'anxiété », « On ne meurt pas d'Alzheimer. Vous vous demander peut-être pourquoi je suis ici ? Ma mère a eu Alzheimer, elle est décédée à 93 ans, mais de vieillesse ».*

Mme F. écoute attentivement mais ne souhaite pas s'exprimer sur ce sujet.

Mme R. conclue : *« moi j'arrive à gérer, à voir ce qui ne marche pas, du coup parfois j'ai le cafard. Le plus dur ce sont mes gros cauchemars, le lever c'est dur... après ça ne m'empêche pas de sourire ».*

Nous nous sommes délibérément laissée porter par le flot de ces conversations puisque le but de cet atelier est avant tout de favoriser la communication, quelle qu'elle soit, le jardin n'étant qu'un prétexte, un support de départ pour un espace de liberté et de parole.

Concernant la situation de communication, à une séance Mme F. constate en souriant : *« c'est renversé ! c'est nous qui vous posons des questions ! Et vous, combien avez-vous de frères et sœurs ? ».* Cette remarque est intéressante car elle suggère que l'atelier jardin a permis aux participants de se sentir acteurs dans la communication, d'avoir toute leur place d'être communicant. Lorsque l'intervenante s'intéressait aux souvenirs des patients, ceux-ci l'interrogeaient à leur tour sur son parcours, sa région... Ce constat démontre l'écologie de la situation proposée et l'aspect naturel de la communication instauré dans cet atelier.

« Vous nous apprenez des choses, on vous en apprend aussi ! » : si l'intervenante apportait quelques informations notamment sur les plantes étudiées, les participants pouvaient également partager leurs connaissances, leur avis sur le fait d'arroser ou non, de placer les plantes à l'ombre ou non et Mme F. a été notamment valorisée au moment de planter puisque c'est elle qui s'y connaissait le plus en matière de jardinage ! Le but n'étant pas d'interroger les patients et de leur asséner des connaissances mais de partager.

Nous avons remarqué que les plantes n'ont pas toutes eu la même portée évocatrice. La lavande, la menthe et le thym se sont révélées être des plantes plus inspirantes. Elles étaient également les plantes les plus appréciées et manipulées par les patients pour leur odeur. Nous supposons alors que l'odeur est un facteur important d'évocation.

L'atelier automnal n'a pu bénéficier des mêmes conditions extérieures. L'heure de réminiscence a concerné un groupe plus important et a dû se dérouler dans une salle, à l'intérieur. Si nous ne pouvons pas comparer la teneur de ces séances de par leurs modalités différentes, nous remarquons qu'à chaque session les patients ont pris plaisir à échanger autour de ce thème, que les mêmes plantes ont été facilitatrices (menthe, lavande, thym) et que les conversations ont été toutes aussi variées durant les deux ateliers.

Ensuite, nous avons émis l'hypothèse que l'atelier jardin pourrait entraîner une augmentation de l'activité physique chez nos patients, de par son aspect dynamique et autonome.

Pour infirmer ou affirmer cette hypothèse, nous avons choisi d'utiliser un actimètre, outil écologique, extrait du projet Dem@care qui a pour objectif principal le maintien de l'autonomie de la personne atteinte de Maladie d'Alzheimer.

Les résultats obtenus, bien que peu nombreux, infirment notre hypothèse. Sur les trois séances ayant permis un recueil des données nous observons une baisse du nombre de minutes en mouvement et une diminution du score d'activité total sur le temps de la séance.

Il est difficile d'expliquer cette diminution à partir de notre ressenti subjectif ou même des enregistrements vidéo : il eût été nécessaire de recueillir plus de données et d'effectuer, par exemple, une comparaison avec d'autres types de prise en soins pour pouvoir extraire des conclusions plus pertinentes de l'expérience.

Cependant nous avons présenté ces résultats car ce qui nous semble important à mettre en exergue ici est la démarche. Le jardin étant une prise en soins qui se veut écologique, vecteur d'autonomie et influant sur le comportement, l'étude par un outil écologique du comportement et de l'activité a toute sa place dans un protocole.

Les limites rencontrées vont dans le sens des données théoriques présentées précédemment : évaluer une prise en soins non médicamenteuse est difficile, notamment auprès d'une population de patients atteints d'une pathologie à évolution démentielle. Pour autant la démarche d'évaluation est importante et des efforts dans ce sens doivent se poursuivre.

Cela nous amène à aborder ensemble les limites qui se sont présentées au cours de notre expérimentation.

Les limites

- La part de subjectivité

L'analyse de la communication telle que nous l'avons menée à partir de la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication, entraîne inévitablement une part de subjectivité puisque le jugement est dépendant du seul examinateur, même si celui-ci s'efforce de rester neutre.

Dans le cadre de notre expérimentation, l'examineur est l'intervenante qui mène la partie jardinage, ce qui entraîne obligatoirement une part de subjectivité supplémentaire puisque l'examineur a vécu les séances.

Nous soulignons aussi que des actes verbaux qui peuvent sembler inadéquats à un observateur extérieur, s'avèrent selon nous la plupart du temps, pertinents et en lien avec le contexte.

L'interprétation des différents graphiques, des différents résultats s'est effectuée, le plus possible, en fonction de faits vidéo observables (le bruit, le sujet de conversation...), de faits concrets (absence de patients, pause de deux semaines due aux vacances scolaires...) mais a également mis en jeu, inévitablement, l'observation clinique, l'avis, le ressenti, subjectif, de l'intervenante.

- Les limites liées à la population

Notre étude a souffert d'un absentéisme, propre à la population étudiée. Nous avons été confrontée à des oublis de séances et surtout à des absences liées à l'état de santé des patients.

Ainsi l'étude de la communication qui devait initialement concerner cinq patients durant l'atelier estival n'a pu s'effectuer que sur deux patients. Pour l'atelier automnal, l'évolution devait être observée sur cinq séances mais en raison de l'absentéisme, elle n'a finalement pu couvrir que les quatre premières séances.

Le nombre de séances couvert par notre étude ainsi que la taille de l'échantillon sont donc trop faibles.

L'absentéisme a également un impact sur la communication puisque la dynamique de groupe n'est pas la même selon le nombre et la personnalité des interlocuteurs présents.

La population concernée par l'étude souffrant d'une pathologie à évolution démentielle il est également important de garder à l'esprit que l'évolution de l'appétence ne peut être exclusivement reliée à l'atelier puisque d'autres facteurs peuvent intervenir, liés à la maladie, à son évolution.

L'hétérogénéité de notre population peut s'avérer une limite à l'appréciation des résultats, mais nous souhaitons souligner qu'elle a été :

- Difficilement évitable, dans la mesure où les patients, quel que soit leur degré d'atteinte cognitive, leur niveau de langage, de communication, avaient le choix de participer ou non à l'atelier jardin, suivant ainsi le principe éthique d'autonomie
- Intéressante, les patients ayant créé une dynamique d'entraide (« *c'est bien pour Mme P. ça l'aide à se souvenir* » « *Allez-y chercher la date !* ») et chaque patient pouvant être valorisé pour différentes raisons. Par exemple, Mr Z. qui souffre d'importants troubles de langage a cependant une solide connaissance et un réel intérêt pour les plantes, il a ainsi pu participer et dénommer des plantes que d'autres patients ne connaissaient pas.
- Proche de la réalité des prises en soin

- Les limites liées au calendrier

Conduire ce type d'étude sur un nombre de séances plus important aurait été intéressant.

Mais difficile de mettre en place plus de cinq séances d'affilées :

- en été, les congés estivaux empêchaient la poursuite de la prise en soins au mois d'Août et les obligations personnelles des patients ne leur permettaient pas, de toute les façons, de se rendre disponibles tout l'été.

- à l'automne, ce sont les conditions météorologiques qui ont empêché la poursuite des ateliers.

Autre limite relevée, pour l'atelier automnal, liée au calendrier : les vacances scolaires. Au CMRR, les groupes de prise en soins sont arrêtés le temps des vacances scolaires ; ainsi il y a eu deux semaines de coupure dans le suivi de nos prises en soins, entre la deuxième et la troisième séance. Une autre coupure d'une semaine, liée à un événement inhérent au CMMR s'est ajoutée entre les séances 4 et 5.

- Les limites liées au matériel

Initialement, l'étude de l'activité devait également concerner l'atelier estival mais les actimètres n'étaient pas disponibles.

Des données de la deuxième séance automnale n'ont pu être extraites des actimètres de deux patients.

L'enregistrement vidéo connaît lui aussi des limites :

- Il est impossible de quantifier tous les actes non verbaux puisque les patients ne sont pas toujours face caméra
- Lorsque les patients explorent la terrasse, ils se retrouvent parfois hors-champ, ce qui rend l'analyse plus compliquée, voire impossible si l'enregistrement audio est trop faible.

- Les limites liées au lieu

La terrasse de l'Institut Claude Pompidou se situe en plein centre de Nice. Parfois le bruit environnant s'est avéré gênant, notamment lorsque des travaux ont été effectués dans la rue. Cette source sonore a alors impacté la communication, les patients étant gênés par le bruit, et l'enregistrement audio, qui était alors de moins bonne qualité.

Proposition méthodologique :

Fort de cette expérience, nous proposons ici quelques pistes méthodologiques en vue d'expérimentations futures. Si nous devons à nouveau proposer et évaluer ce type de prises en soins nous proposerions :

- Un nombre de séances plus important : une évaluation sur deux mois nous semble réalisable et plus judicieuse, par exemple sur les mois de juin et juillet pour profiter d'une météo plus clémente
- Une fréquence de séances plus importante, à raison de deux séances par semaine

- Une situation contrôle, pour pouvoir comparer les résultats de cette prise en soins avec une autre, calibrée similairement en termes de patients, de durée.
- Une étude de l'actimétrie plus détaillée afin d'obtenir une analyse plus fine et de pouvoir observer la différence d'activité entre la situation « réminiscence » et la situation « jardinage ».
- Un nombre de séance plus important permettrait également de varier la nature des plantes présentées, nous pourrions proposer en plus des plantes aromatiques, des fleurs, des plantes potagères qui pourraient stimuler le goût chez nos patients.

Les apports personnels :

Cette expérience s'est révélée plus qu'enrichissante sur de nombreux points.

Elle nous a permis d'étendre notre champ de connaissances et de compétences concernant la prise en soins de ces patients.

La partie théorique nous a amenée plus particulièrement à nous interroger sur le sens de notre prise en soins, à nous poser des questions éthiques, en tant que futur soignant, en tant que future orthophoniste. Elle nous a également permis de découvrir la richesse des jardins thérapeutiques.

La partie expérimentale nous a, sans nul doute possible, enseigné à nous adapter et à faire preuve de souplesse. Lors des séances, il a fallu se montrer à l'écoute, faire respecter les tours de parole, intéresser les patients, les inciter à sentir, à toucher, à communiquer, à nous livrer des petits bouts de leur jardin secret. En dehors des séances, nous avons appris à faire face aux contraintes et nous avons découvert la richesse du travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

De cette expérience nous retiendrons les difficultés, certes, parfois frustrantes, notamment face à la quantité de limites expérimentales et néanmoins tellement formatrices.

Mais surtout nous retiendrons les rires, les sourires, les discussions riches et variées, l'humour, les conversations plus sérieuses, le propre regard des patients sur leurs difficultés, la joie de se laisser surprendre, de laisser ces patients nous apprendre, le partage, la générosité et nous garderons à l'esprit pour les années futures, pour nos prises en soins futures, mais pas seulement, ces trois mots : plaisir, communication, liberté.

CONCLUSION

La prise en soins de la maladie d'Alzheimer est un enjeu majeur de santé publique, un pôle important de recherche scientifique, un sujet de réflexion éthique. La mise en place du plan Alzheimer par le gouvernement français traduit cette nécessité de réfléchir et de travailler ensemble pour repenser le système de santé et apporter des solutions de qualité à la souffrance de ces patients, mais également à la souffrance de leurs proches.

Dans le plan Alzheimer 2008-2012, la nécessité de doter les unités accueillant des personnes atteintes de cette pathologie neurodégénérative, d'un jardin, de préférence thérapeutique, y est reconnue.

Pourtant l'utilisation du jardin comme pratique thérapeutique est encore peu répandue en France.

Nous nous sommes alors interrogée sur son utilisation possible en orthophonie, sur sa qualité de support à la communication, dans le cadre de notre prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Après avoir rappelé au préalable des points importants concernant cette maladie et les différentes thérapeutiques actuellement proposées, notamment non médicamenteuses, nous nous sommes intéressée au jardin, à son lien étroit, ancestral avec l'Homme et à son utilisation dans le domaine du soin.

A partir de ces données, nous avons mis en place un atelier terrasse thérapeutique, alliant réminiscence et jardinage, dans le but de favoriser la communication chez nos patients. Nous avons proposé un protocole visant à évaluer quantitativement et qualitativement les effets de cet atelier sur la communication et sur l'activité physique des participants.

En faisant le choix de proposer ce support original nous avons pu constater que ce type de prise en soins favorisait l'émission d'actes de communication adéquats. Le jardin a été le point de départ de nombreuses discussions dans lesquelles se mêlaient souvenirs, anecdotes, opinions, humour. Les patients, à travers cet atelier, avec chacun leurs propres capacités, pouvaient occuper une place d'être social communicant.

L'atelier jardin a sollicité la sensorialité, a suscité la curiosité, a valorisé le sentiment d'utilité et a permis à ces patients d'éprouver le plaisir de jardiner, de prendre soin des plantes, d'observer l'évolution de leurs propres plantes et de celles des autres. De partager un moment de communication dans un cadre agréable en somme.

Notre étude des habiletés de communication semble approuver certains effets bénéfiques de l'utilisation du jardin dans le cadre d'une prise en soins orthophonique de ces patients.

Notre étude de l'activité physique, souhaitant apporter des données objectives et écologiques à notre évaluation, se révèle moins concluante.

Nous avons pu mettre en avant les limites de notre expérimentation, qui viennent confirmer toute la difficulté d'une évaluation la plus objective possible des prises en soins non médicamenteuses chez les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives.

Pour autant il nous semble nécessaire de poursuivre les efforts dans cette démarche de leur évaluation. Les limites mises en exergue doivent être considérées, à notre sens, non pas comme des obstacles insurmontables et décourageants, mais plutôt comme des enseignements pour améliorer les évaluations futures.

Compte tenu de l'échantillon restreint de patients sur lequel nous avons fait porter notre travail, nous n'avons pas pu étudier la possibilité d'adapter ce type de prise en soins à des personnes présentant une atteinte plus importante.

Dans la continuité de ce mémoire, il pourrait être intéressant de proposer ce type de prise en soins aux résidents de l'EPHAD de l'Institut Claude Pompidou, afin qu'ils puissent s'approprier cet espace, en tirer des bénéfices, et d'effectuer une étude auprès de cette population.

Nous pouvons aussi imaginer une étude qui porterait plus spécifiquement sur la stimulation des différentes composantes de la mémoire : nous avons observé un apprentissage verbal chez certains de nos patients lors de notre étude, il pourrait être intéressant d'approfondir ces résultats.

Bibliographie

Alzheimer: la mémoire cultivée côté jardin. (2010, septembre-octobre).
Ortho magazine(90), p. 8.

Beauchamp, T., & J., C. (2011). *Principles of biomedical ethics*.
New York/ Oxford: Oxford University Press.

Berge, D., Jacob, C., Stéphanie, M., Pop, A., & Rivasseau-Jonveaux, T. (2014, Juillet-Août). Un jardin comme outil de soins en unité cognitivo-comportementale.
Soins Gériatrie(108), pp. 38-40. doi:10.1016/j.sger.2014.04.014

Bonhomme, P. (s.d.). *Espace éthique Alzheimer*.
Récupéré sur www.espace-ethique-alzheimer.org: http://www.espace-ethique-alzheimer.org/ressourcesdocs_ethiquedusoin_bonhomme.php

Cérase, V. (s.d.). *Les "consultations famille" de l'Institut de la Maladie d'Alzheimer*.
Récupéré sur Espace éthique Alzheimer: http://www.espace-ethique-alzheimer.org/ressourcesdocs_ethiquedusoin_ethiqueduterrain_cerese_consultationfamilleima.php

Cornu, H.-P., Myriam, Z., & Bernard, M.-F. (s.d.). *Pathologies démentielles et fin de vie: suivre leur chemin*.
Récupéré sur Espace éthique Alzheimer: http://www.espace-ethique-alzheimer.org/ressourcesdocs_ethiquesoins_cornuzaguedounbernard_pathologiesdementiellesfindevie.php

Demoures, G. (s.d.). *Questionnement éthique autour de la prise en soin*.
Récupéré sur espace éthique Alzheimer: http://www.espace-ethique-alzheimer.org/ressourcesdocs_ethiquesoins_demoures_questionnementethiqueriseensoin.php

Derouesne, C. (2006). Manifestations psychologiques et comportementales dans la maladie d'Alzheimer. Dans C. Belin, & A. .. Ergis, *Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques*. Marseille: Editions Solal.

Desrousseaux, F. (2014, juillet/août). Thérapies non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatrie*(108), pp. 22-25.

Drach, M. u. (Réalisateur). (2014, mars). *Le tricot des mots* [Film].

Dubois B, F. H.-G. (2010, 10 11). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *The Lancet Neurology*, 9(11), pp. 1118-1127. doi:10.1016/S1474-4422(10)70223-4

- Dubois, B. (2012). Pour une nouvelle définition de la maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*, pp. 467-468. doi:10.1016/j.neurol.2012.03.001
- France Alzheimer. (2011). *Les approches thérapeutiques non médicamenteuses*.
- France Alzheimer. (2013, février 22). <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692>.
Récupéré sur francealzheimer.org: <http://www.francealzheimer.org>
- Guisset-Martinez, M.-J., Villez, M., & Couprie, O. (2013). *Jardins: des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage*.
- HAS. (2011, Décembre). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*. Récupéré sur Site web HAS: <http://www.has-sante.fr>
- Institut national de la santé et de la recherche. (s.d.). *Evaluation de trois thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer*.
Récupéré sur http://www.aphjpa.org/IMG/pdf/6-ETNA3_H-_Amieva.pdf
- Jacquemin, A. (2009, décembre). Stratégies et méthodes de prise en charge cognitive chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autre démence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 7(4).
- Jardins et santé. (s.d.). <http://www.jardins-sante.org/index.php/jardins-a-but-therapeutique/86-engagements/51-jabt>.
Récupéré sur <http://www.jardins-sante.org/>.
- Jaworska, A. (1999). Respecting the margins of agency: Alzheimer's patients and the capacity to value. *Philosophy and Public Affairs*, 28(2), pp. 105-138.
- Lebon, V., & Duyckaerts, C. (2014, 04). Physiopathologie de la Maladie d'Alzheimer. *EMC- Traité de Médecine Akos*, 9(2), pp. 1-8.
- Molinier, P. (2005). *Le care à l'épreuve du soin. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets*. Paris: Editions de l'EHESS.
- Pringuey-Criou, F. (2015). Introduction au concept de jardins de soins en psychiatrie. *L'Encéphale*, pp. 451-459.
- Riout, R. (2014). *Intégrer les principes des jardins à vocation de soin au projet de paysage, pour une approche environnementale des établissements de santé*.
Récupéré sur HAL archives-ouvertes: <http://www.dumas-ccsd.cnrs.fr/dumas-01071894>
- Rivasseau-Jonveaux, T., Pop, A., Fescharek, R., Chuzeville, S., Jacob, C., Demarche, L., Malerba, G. (2012). Les jardins thérapeutiques: recommandations et critères de conception. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012, 10(3), pp. 245-53.
doi:10.1684/pnv.2012.0360

- Rousseau, T. (2007). *Démences Orthophonie et autres interventions*.
Isbergues: Ortho edition.
- Rousseau, T. (2008). *Les approches thérapeutiques en orthophonie. Tome 4 : Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*.
Isbergues: Ortho Edition.
- Rousseau, T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*.
Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.
- Thomas, P., Pesce, A., & Cassuto, J.-P. (1989). *Maladie d'Alzheimer*. Paris: Masson.
- Thomas-Antérion, C. (2016, 01). Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. *EMC-Neurologie*, 13(1), p. 5.
- Vellas, B., & Robert, P. (2013). *Traité sur la maladie d'Alzheimer*.
Paris: Springer-Verlag.

ANNEXES

Annexe I : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication des patients atteints de DTA. T. ROUSSEAU

Patient :						Date :					
Situation de communication :						Thème :					
Interlocuteur :						Durée :					
ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feedback		Absence de cohérence			total		
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
Questions											
oui/non											
Wh											
rhétorique											
Réponses											
oui/non											
Wh											
qualification											
Description											
identification											
possession											
événement											
propriété											
localisation											
Affirmation											
règles / faits											
évaluation											
état interne											
attribution											
explication											
Mécanismes conversation.											
Performative											
Divers											
Non verbal											
<i>Résultat</i>											
<i>Résultat</i>											
<i>Résultat</i>											

1. Méthode d'analyse des actes de langage

ACTES DE LANGAGE	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Question oui/non	Demande de confirmation ou de négation du contenu propositionnel Demande de permission	Etes-vous fatigué? Est-ce que je peux m'en aller ?
Question " wh "	Demande d'information par une question utilisant un des pronoms interrogatifs suivants : où, quand, quoi, pourquoi, comment?... La question concerne la localisation, le moment, l'identité ou les propriétés d'un objet, d'un événement ou d'une situation Demande adressée à l'interlocuteur pour qu'il répète ce qu'il vient de dire	Où habitez-vous? Quand partez-vous? Qui vous a conduit ici? Vous voulez quoi? Pourquoi êtes-vous venu ici? Voulez-vous me dire ce que vous voyez sur cette image? Vous avez dit?
Question rhétorique	Demande adressée au récepteur en vue d'obtenir sa reconnaissance pour permettre au locuteur de poursuivre	Vous comprenez? D'accord?
Réponse oui/non	Suite à une question oui/non, l'interlocuteur répond en confirmant, niant ou d'une autre façon, le contenu propositionnel, ou répond en exprimant son accord ou son désaccord	Non, je ne suis pas fatigué oui, c'est pour cela que je suis ici
Réponse " wh "	Suite à une question " wh " (où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment?) l'interlocuteur répond en procurant au locuteur l'information requise	Question du locuteur : pourquoi êtes-vous venu ici? Réponse " wh " : Je suis venu pour passer des examens
Qualification	Enoncé subséquent qui clarifie, qualifie ou modifie différemment le contenu du message	Après la réponse " non je ne suis pas fatigué " : parce que je me suis reposé avant de venir
Description-identification	Nommer un objet, une personne, un événement ou une situation	C'est une chaise Il s'agit d'un accident
Description-possession	Indiquer qui possède ou a temporairement en sa possession un objet ou une idée, par exemple	L'homme a une voiture La jeune fille sait comment y aller
Description-événement	Décrire un événement, une action ou une démarche	Le chien a traversé la rue lorsque la voiture arrivait et elle l'a écrasé
Description-propriété	Décrire les traits observables ou l'état d'objets, d'événements ou de situations	C'est un bureau en bois, de couleur marron, en désordre
Description-localisation	Décrire le lieu ou la direction d'un objet ou d'un événement	Le vase est sur la table
Affirmation de règles	Déterminer des règles, des procédures conventionnelles, des faits analytiques ou des classifications	Il vaut mieux ne pas aller à la pêche lorsqu'il y a de l'orage Pour faire un punch, on met d'abord le rhum puis ensuite le sirop de sucre de canne
Affirmation-évaluation	Exprimer ses impressions, ses attitudes ou ses jugements au sujet d'objets, d'événements ou de situations	Cette chaise n'est pas solide Pour faire ça, il faut être courageux
Affirmation-état interne	Exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action	Je me sens mal Je suis capable de gagner Je vais aller jouer aux cartes
Affirmation-attribution	Exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions), des capacités, des intentions d'une autre personne	Il est surpris Ma femme fait très bien la cuisine
Affirmation-explication	Rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédire le dénouement	Je ne vais plus voir ma belle-fille car elle ne m'aime pas S'il continue à me battre, je le quitte

Mécanismes conversationnels-marqueurs de frontière	Sert à amorcer ou achever l'interaction ou la conversation	C'est tout ce que j'ai à vous dire Comme je le disais hier
Mécanismes conversationnels-appel	Sert à entrer en interaction en suscitant l'attention de l'autre	Dites... Ecoutez-moi
Mécanismes conversationnels-accompagnement	Énoncé accompagnant l'action du locuteur et qui cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur	Je suis en train de faire un tricot, regardez Ce que je lis devrait vous intéresser
Mécanismes conversationnels-retour	Reconnaissance des énoncés précédents de l'interlocuteur ou insertions visant à maintenir la conversation	D'accord OK Vous disiez que...
Mécanismes conversationnels-Marqueurs de politesse	Politesse rendue explicite dans le discours du locuteur	Je vous en prie, allez-y
Performative-action	Demande adressée au récepteur en vue d'accomplir une action (ordres)	Allez me chercher le livre
Performative-jeu de rôle	Jeu fantaisiste où les interlocuteurs s'attribuent des rôles ou des personnages	(enfants qui jouent à la marchande et au client)
Performative-protestation	Objections au comportement prévisible de l'interlocuteur	Ne faites pas ça
Performative-blague	Message humoristique	(toute blague ou plaisanterie ou humour)
Performative-marqueur de jeu	Amorcer, poursuivre ou terminer un jeu (concerne surtout les enfants)	Allez, on joue à la marchande
Performative-proclamer	Établir des faits par le discours	Celui qui dit ça est un menteur
Performative-avertissement	Prévenir l'interlocuteur d'un danger imminent ou non	Attention, vous allez glisser
Performative-taquinier	S'amuser à contrarier, sans méchanceté, l'interlocuteur en étant provocateur ou en lui faisant des reproches	et vous croyez que ce que vous m'avez dit me suffira pour deviner ce qu'il y a sur cette image
Divers	Actes non conventionnels Actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphrasies sémantiques ou phonologiques)	Ce n'est pas un perdreau de l'année (pour dire de quelqu'un qu'il est assez âgé) ograminospire

2. Méthode des analyses des actes non verbaux

ACTES NON VERBAUX	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Geste à fonction référentielle	Geste à fonction illustratrice quand il accompagne ou remplace le discours verbal. Il peut être : -mimétique : relation d'analogie au référent -déictique : relation spatiale précise ou vague au référent -symbolique : renvoie au code culturel ou personnel; relation arbitraire et conventionnelle au référent.	-mettre ses mains en forme de rond pour parler d'un ballon -montrer du doigt la direction à suivre -mettre en pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire
Geste à fonction communicationnelle	Le geste fait référence à la situation et aux interlocuteurs. Il est plus ou moins volontaire. Il peut avoir une valeur : -expressive ou émotive : se rapporte à l'émetteur -conative : se rapporte ou s'adresse au récepteur lui signifiant quelque chose -phatique ou régulatrice : se rapporte ou s'adresse au récepteur assurant la bonne continuité de l'échange	-poser sa main sur sa poitrine pour exprimer que l'on est vraiment impliqué dans ce que l'on dit -pointer son index vers l'interlocuteur en signe de mise en garde -tendre la main à plat vers l'interlocuteur pour l'inviter à parler ou à poursuivre
Geste à fonction métalinguistique	Ce type de geste peut avoir comme fonction: -fonction prosodique : fait partie du discours comme élément prosodique -fonction de redondance : le geste est redondant par rapport au discours -fonction de commentaire : le geste sert de commentaire sur le contenu ou la forme de l'énoncé	-taper sur la table avec la main au rythme des syllabes pour marquer l'importance de ce que l'on dit -accompagner un " non " verbal d'un mouvement négatif de la tête et de l'index -mouvement oscillatoire de la main exprimant le doute par rapport à ce qu'y est dit
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	moue dubitative
Regard	Ne sont pris en compte que les aspects du regard en tant que comportement de communication : -contact visuel -mobilité du regard -expressivité du regard	-un regard soutenu qui, témoignant d'un intérêt de l'interlocuteur, apporte un feed-back au locuteur -le regard s'oriente vers une certaine direction permettant de synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale -les yeux s'ouvrant largement expriment la surprise
Silence	Pauses survenant au cours de l'échange signifiant : -la réflexion : permet les opérations mentales -l'interaction : pause à caractère social où l'interlocuteur manifeste sa reconnaissance du degré et du type de participation attendue	-le sujet s'arrête de parler pour mieux préparer ce qu'il va dire ensuite -tout en marquant son attention (par le regard) l'interlocuteur se tait parce qu'il juge que c'est à l'examineur de prendre la parole et de mener la discussion

3. Méthode d'analyse de l'adéquation/ inadéquation

TYPE INADEQUATION	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Absence de cohésion grammaticale	La structure grammatico-syntaxique de la phrase ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-il a couru à cause qu'il n'était pas en retard -phrase contenant un ou plusieurs pronoms sans référent
Absence de cohésion lexicale	Le lexique utilisé ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-le chien a attrapé un colipan
Absence de feed-back/à l'interlocuteur	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de l'acte produit par l'examineur	Examineur : " quel âge avez-vous? " Patient : " mon frère est en vacances "
Absence de feed-back / à la situation	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de la situation de communication	Alors qu'il doit décrire une image, le patient parle de ses enfants
Absence de continuité thématique	Le patient change de thème de discussion de manière brutale et inopportune	-je vois un homme au milieu de la rue. Ma femme n'aime pas les tomates
Absence de progression rhématique	Le discours du patient ne progresse pas, il n'y a pas d'apport informatif, il tourne en rond	-j'habite ici parce que j'habite là et que je n'habite pas ailleurs
Absence de relation	Les actions, les états ou les événements du discours ne s'articulent pas entre eux	-le petit garçon tombe, il court et il est assis parce qu'à cinq heures il est l'heure de sortir
Contradiction	L'information donnée par le patient est en contradiction avec une information qu'il a donnée antérieurement	-" j'habite chez moi dans ma maison à la campagne " puis plus loin : " j'habite ici " (on est dans une maison de retraite)

Annexe II : Descriptif d'une séance

Séance N°1 : Le 23 juin 2015, le thym

Patients présents : Mr T., Mme F., Mme P. Séance filmée.

La séance démarre par le tour des prénoms et le rappel de la date.

Nous présentons aux patients la plante du jour : chacun prend la sienne, la touche, la sent ; tous la reconnaissent et la nomment. Mme P. reconnaît le thym à l'odeur, Mme F. est pressée d'aller planter.

Nous leur demandons ce qu'évoque le thym pour eux. Pour Mme F., c'est aller cueillir du thym chez sa fille afin de le faire sécher et de l'utiliser dans la cuisine. Mr T. lui, originaire de Perpignan, nous explique que chez lui, lorsqu'on était malade, on préparait une soupe à base de thym et d'ail. Mr T. précise que c'est une recette du pays catalan. La conversation rebondit alors sur la région d'origine de chacun : pour Mme P. la campagne berrichonne, pour Mme F. la Bourgogne, où ses parents possédaient un jardin « magnifique ». A Nice, Mme P. sur son balcon « essaie » d'avoir des plantes : « j'aime bien planter, arranger, regarder si ça pousse ».

Mr T. a du thym dans son jardin. Lorsque nous lui demandons qui cuisine à la maison la réponse est sans appel : c'est sa femme ! Il précise : « je ne suis pas doué, à part les pâtes et les œufs sur le plat... », Mme F. et Mme P., bonnes camarades, jugent que « c'est déjà pas mal ! ».

Nous relançons la conversation à partir d'un souvenir personnel, la tisane au thym et au miel. Les participants ne la connaissent pas et nous demandent la recette. Mme P. intervient :

- « je n'ai qu'une chanson dans la tête »
- « allez-y ! avec du thym ? »
- « non, (*elle chante*) j'ai la mémoire qui flanche j'me souviens plus très bien... Et après c'est tout... (*elle s'adresse alors aux autres*) qui connaît ? qui sait continuer ? »

Nous rechantons alors tous ensemble. Nous évoquons des chanteurs, dont Tino Rossi ; Mme F. désigne alors le maquis corse, établissant un lien avec le chanteur corse. Mme P. propose, amusée, « et le maquis berrichon ? ».

Nous relançons la conversation sur le thym et la cuisine en demandant dans quel plat nous pourrions utiliser le thym. Pour Mme F. : « partout ! », Mme P. propose le pot-au-feu, Mr T. le civet de lapin. Mme P. précise que pour le civet de lapin « il faut avoir du sang, que l'on délaye avec du vin rouge ». Mme F. en met aussi dans les haricots verts et dans la daube.

Lorsque nous demandons à Mme P. si elle cuisine beaucoup elle ne répond pas à la question et revient sur l'idée qu'elle vient du Berry et qu'elle a suivi son fils à Nice. Nous nous enquêrons du quartier de Nice où elle habite, elle récite alors son adresse exacte et précise que ce n'est pas loin de la mer. Mr T. lui demande si elle va se baigner : « non je

n'y vais pas, j'ai peur de tomber et comme je ne sais pas nager... ». Elle n'a jamais appris et Mme F. ajoute « comme moi, je ne sais toujours pas nager, mais mes petits-enfants apprennent à l'école ». Mr T. lui sait nager car il vient de Perpignan où l'on trouve des plages de sable immenses. Nous lui demandons s'il se baigne à Nice, il répond qu'il n'a pas commencé.

« Si j'ai un peu de bronzage c'est parce que j'arrose, j'arrose et puis je travaille un petit peu dans le jardin. Je ne reste pas longtemps, j'ai des petits carrés comme vous (*désigne les bacs*), je les ai fait surélever ». Mme P juge « ça c'est bien car vous n'avez pas besoin de vous baisser », Mr T. confirme « non, sinon ça me flingue le dos ».

Mme F. demande à Mr T. s'il jardine beaucoup : « je ne sais pas si c'est beaucoup... mais c'est agréable quand on voit les tomates pousser, les fraises pousser ». Mme F. et Mme P sont totalement d'accord. Mme F. évoque avec beaucoup de tendresse, et beaucoup de gestes, le jardin de son enfance : « nous on plantait des haricots, de l'ail, des pommes de terre... ». Elle propose alors de ramener la séance suivante un tableau dessiné par son frère représentant ce jardin.

Nous soulignons qu'il y a une personne parmi eux qui aime beaucoup dessiner. Mme L. se reconnaît : « oui j'aime dessiner ! ». Mr T. s'intéresse et lui demande d'en dire un peu plus : « j'adore dessiner, quand le dessin est fait, j'adore mettre les couleurs qui vont dessus, encore hier soir... assortir les couleurs ! Avoir un dessin et le garnir de couleurs ». Mme F. aimerait bien en voir. Mme P. persévère sur ce sujet, ayant une forte importance à ses yeux.

Nous réorientons la conversation en demandant aux participants s'ils ont une préférence pour la mer ou la montagne. La montagne fait peur à Mme F. : « je sais que c'est beau mais je n'irai pas habiter en montagne. De toute façon on aime bien monter mais c'est pour descendre...c'est difficile de descendre...on dégringole ! ». Mr T. lui aime la montagne et faisait beaucoup de randonnées avant son accident, Mme F. l'avertit : « attention Mr T., faut pas tomber dans le précipice ! ». Nous rions tous.

Un mot en allemand sur sa montre interpelle Mme F. qui s'empare de ses lunettes pour le lire. Mme P. essaye de se souvenir d'une phrase en allemand « ich bin... je suis très triste... Comment on dit ? ». Mr T. interpelle Mme F. : « t'as vu les allemands de près pendant l'occupation ? ». S'ensuit une conversation à propos de l'occupation, Mme F. l'a vécue pendant quatre années mais Mme P. était en zone libre.

Mr T. demande à Mme P. son âge, celle-ci lui répond, rieuse :

- « Je sais pas... combien vous me donnez ?
- Je ne m'attendais pas à ça... c'est pour situer un peu
- Je crois que j'ai les deux 8 ! Et j'aurai 89ans au mois d'octobre !
- Et elle (d'un ton admiratif, en désignant Mme F.) : 92 ans ! »

Nous demandons alors à ces dames quel âge pourrait avoir Mr T., Mme P. persévère sur la phrase en allemand puis revient dans la conversation en objectant qu'il doit être plus jeune qu'elle, Mme F. confirme « il est jeune ». Mr T. s'amuse à jouer aux devinettes puis leur donne sa date de naissance « calculez ! ». Il demande ensuite aux participantes

de deviner l'âge de l'intervenante. Nous évoquons nos dates de naissance, Mme P. est redondante, elle donne sa date, elle calcule, donne son âge puis recommence.

Nous proposons donc de rediriger la conversation sur le thym en rappelant ce qui a été dit : la soupe, le civet, la tisane... Mme P. nous dit que lorsqu'elle était très jeune elle avait souvent mal à la gorge, Mr T. suppose qu'elle a dû absorber beaucoup de miel alors ! Elle évoque alors le souvenir d'un oncle apiculteur : « mieux vaut être piquer par une abeille qu'une guêpe ! ». Mme F. explique que quand ils étaient plus jeunes, avec ses frères et sœurs, ils attrapaient les abeilles entre le pouce et l'index pour les tuer, et que pour ramasser des orties sans se faire piquer il faut arrêter de respirer. Mr T. souligne que « la soupe d'orties, c'est bon ! ». Ils reparlent alors brièvement de la guerre et des restrictions alimentaires. Pendant ce temps Mme P. est restée sur l'idée de la tenue de l'apiculteur. Mr T. remarque qu'il y a de moins en moins d'abeilles à cause des frelons asiatiques.

Nous demandons aux participants s'ils connaissent le nom provençal du thym : la farigoule. Personne ne le connaissait mais tous sont ravis de l'apprendre.

Nous proposons d'aller planter le thym. Chacun choisit un emplacement. Mr T. demande conseil à Mme F. : il n'arrive pas à sortir sa plante du pot. Mme F lui dit qu'il faut tirer puis lui explique qu'il faut défaire un peu la motte. Mme F. et Mme P. sont un peu plus à l'aise avec les gestes de jardinage. Mme P. : « voilà, c'est planté ! Maintenant faut que ça pousse, je vais mettre un peu de terre autour pour que ça puisse raciner ! ». Mme F. la félicite : « Bravo Simone ! ». Mme P. trouve que son thym est bien, Mr T. lui rétorque : « c'est le thym du Berry ! ». L'intervenante a amené une étiquette pour mettre le nom de la plante, Mme F. propose d'écrire chacun son étiquette avec son nom dessus, ; c'est une très bonne idée. Mme P. et Mr T écrivent « thym » et leur nom de famille. Mme F écrit 'j'ai eu plaisir à planter mon thym » et de l'autre côté elle tient à écrire le nom provençal « farigoule ».

Nous plantons ensemble la plante de Mme R., absente. Mr T. demande avec humour : « mais est ce qu'elle le mérite ? ». Mme F. nous apprend un peu de niçois : « aloura ! ». Elle explique également qu'elle ne peut s'empêcher de mettre les mains dans la terre, elle aime ça. Nous décidons d'arroser nos plantes, Mr T. se propose pour aller chercher l'arrosoir. Enfin nous allons explorer les bacs environnants : les patients posent des questions, sentent, donnent leur avis sur l'odeur, et l'état des plantes. La séance est terminée, nous partons nous laver les mains.

A la fin de cette première séance Mr T. nous dit que l'atelier était « super, très plaisant, on apprend des choses. » Il considère également que « c'est bien pour Mme P., ça la force à chercher ». Mme F. et Mme L. nous remercient, elles disent avoir beaucoup aimé ce moment.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : hortithérapie (http://www.psychologies.com/Bien-etre/Sante/Alzheimer/Articles-et-Dossiers/Comment-l-hortitherapie-aide-les-malades-d-Alzheimer)	28
Figure 2 : jardin thérapeutique de Nancy (https://lebonheuredanslejardin.org/tag/chu-nancy/) .	30
Figure 3 : thym planté par Mme P. lors de la première séance.	44
Figure 4 : total d’actes adéquats et d’actes inadéquats par séance.	45
Figure 5 : total de questions et de réponses par séance.	46
Figure 6 : total des affirmations et des descriptions par séance.	47
Figure 7 : total des mécanismes conversationnels, des performatives et des actes divers par séance.	48
Figure 8 : total des actes non-verbaux par séance.	49
Figure 9 : pourcentage de minutes en mouvement et de minutes d’immobilité par séance.	54
Figure 10 : score d’activité total par séance.	54
Figure 11 : bac contenant les plantes des patients.	56
Figure 12 : total d’actes adéquats et d’actes inadéquats par séance.	57
Figure 13 : total de question et de réponses par séance.	58
Figure 14 : total d’affirmation et de de descriptions par séance.	59
Figure 15 : total des mécanismes conversationnels, des performatives et des actes divers par séance.	60
Figure 16 : total des actes non-verbaux par séance.	61

Ophélie Le Carour (Auteur)

JARDIN ET SOIN : expérimentation d'un atelier terrasse thérapeutique auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

72 pages, 31 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2016

RESUME

Les ateliers « jardin thérapeutique » constituent une pratique émergente en France. Dans le cadre de ce travail, nous avons mis en place un atelier alliant réminiscence et jardinage au sein d'un Centre Mémoire de Ressources et de Recherche. Notre objectif était d'étudier l'impact d'un tel atelier sur la communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré. Pour ce faire, nous avons cherché à évaluer l'évolution des habiletés de communication d'un groupe de patients sur un cycle de séances. Nos observations et analyses nous ont permis de mettre en évidence l'efficacité du jardin en tant que support pour stimuler les capacités communicationnelles des patients dans un cadre plaisant, écologique et différent.

MOTS-CLES

*Communication – Orthophonie – Thérapie – Expérimentation
Maladie d'Alzheimer – Jardin - Personne âgée - Atelier thérapeutique*

RESUME

Workshops "garden therapeutics" establish an emerging practice in France. Within the framework of this work, we set up a workshop allying recollection and gardening within a Center Memory of Resources and Search. Our objective was to study the impact of this workshop on the communication of patients with mild to moderate Alzheimer's disease. To do it, we tried to estimate the evolution of the skills of communication of a group of patients during a cycle of sessions. Our observations and analyses allowed us to highlight the efficiency of the garden as support to stimulate patients's communication skills in a pleasant, ecological and different frame.

KEYWORDS

*Communication – Speech Therapist- Therapy- Experimentation
Alzheimer's Disease- Garden - Elderly person – Therapeutic Workshop*

DIRECTEUR DE MEMOIRE : Valérie Lafont

CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE : Christelle Filleau